

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A  
PRIMÍPARA E SEU FILHO BASEADO NA TEORIA  
DE IMOGENE KING

CARMEN LILIAN BRUM MARQUES  
STELLA MARIS DE CARVALHO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO  
VIIIa. UNIDADE CURRICULAR

ORIENTADORA: Dra. INGRID ELSEN

SUPERVISORA: SILVANA MARIA JANNING PRAZERES

FLORIANÓPOLIS  
DEZEMBRO-1989

## INTRODUÇÃO GERAL

Este trabalho é o registro escrito do projeto e relatório da proposta de assistência de enfermagem a primi para e seu filho, baseado na Teoria de Imógene King. Desenvolvido no período de 11/9/89 a 18/12/89. Sendo que de 11/9 a 22/9/89, foi o período de planejamento, dia 25/9/89 foi realizado a apresentação do projeto, 27/9 a 30/11/89 destinado ao desenvolvimento do projeto, de 1/12/89 a 15/12/89 montado o relatório, dia 18/12/89 dar-se-á a apresentação do mesmo.

Na parte destinada ao projeto, consta de uma introdução, revisão bibliográfica, marco conceitual, adaptação da revisão de literatura dos conceitos, processo de enfermagem, conclusão, bibliografia e anexos.

No relatório consta a introdução, caracterização das pacientes estudadas, desta são apresentados 3 casos, avaliação do marco conceitual e do processo de enfermagem, avaliação dos objetivos, considerações finais, recomendações bibliografia e anexos.

## OBJETIVOS

### Geral:

Assistir a mulher no período grávido-puerperal e o recém-nascido, com base em um referencial teórico construído a partir do marco conceitual e teoria do alcance dos objetivos de Imogene King, no período de 11/09 a 19/12/89, na Unidade Obstétrica do Hospital Regional de São José, Dr. Homero de Miranda Gomes.

### Específicos:

Em relação a aprendizagem teórica:

1 - Elaborar um marco conceitual:

1.1 - Revisão de literatura em relação a teoria;

1.2 - Identificar conceitos;

1.3 - Adaptar os conceitos à situação de enfermagem selecionada.

2 - Elaborar o processo de enfermagem a partir do marco selecionado:

2.1 - Fazer revisão de literatura sobre processo de enfermagem;

2.2 - Definir as fases do processo;

2.3 - Adaptá-los a situação em estudo.

3 - Fazer revisão de literatura sobre mulher no período grávido-puerperal e recém-nascido.

4 - Fazer cronograma.

5 - Avaliar o marco, processo e a assistência.

6 - Fazer relatório do projeto de estágio. Proposta de Assistência de Enfermagem à primípara e seu filho, baseado na Teoria de Imogene King.

Prático:

1 - Prestar assistência de enfermagem a vinte (20) mulheres primíparas no período de pré, pós-parto e puerpério imediato. Destas, daremos ênfase as primíparas normais não deixando de atender as primíparas patológicas, quando necessário.

2 - Prestar assistência de enfermagem ao recém-nascido normal das mães primíparas as quais nos propomos a trabalhar. Daremos ênfase ao recém-nascido normal sem no entanto, deixar de atender os recém-nascidos patológicos.

3 - Realizar pelo menos uma (1) visita domiciliar para as mães que demonstrarem necessidade desta.

4 - Realizar pelo menos oito (8) palestras para puérparas sobre cuidado ao recém-nascido, no momento da alta.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### Introdução

Nesta revisão de literatura, tentamos reunir todos os assuntos que achamos necessários para o melhor entendimento da paciente nos períodos de pré-parto, parto e puerpério.

Antes de tudo achamos necessário relembrar todas as alterações físicas e fisiológicas que ocorrem nestes períodos, bem como as alterações psicológicas. Como trabalharemos no sistema de alojamento conjunto, foi necessário aprofundarmos no seu funcionamento, para tal incluímos nesta revisão de literatura os assuntos: puerpério normal e patológico, amamentação e planejamento familiar.

### Alterações Físicas que ocorrem no período Anti-Parto, Parto e Puerpério.

Alterações fisiológicas e físicas ocorrem no corpo materno envolvendo todos os sistemas. São ajustes funcionais em resposta a carga fisiológica aumentada, começam nas primeiras semanas de gestação e continuam durante todo o período. Após a liberação do feto e da placenta, o corpo da mãe começa a retornar ao estado anterior à gravidez.

Algumas alterações revertem rapidamente e as mais lentas

estarão completas em mais ou menos seis semanas, com exceção das glândulas mamárias, que continuam a secretar leite por alguns meses se a mãe amamentar seu filho.

Segundo Rezende <sup>(17)</sup>, parto é o estágio resolutivo do ciclo grávido-puerperal. Para Ziegel <sup>(20)</sup>, o parto é o efetivo nascimento da criança, por fim dá-se em torno de 10º mês lunar, quando a gravidez é dita a termo.

Embora haja uma ampla variação, a média de duração dos primeiros trabalhos de parto (T.P.) é de aproximadamente 14 horas. Esse é um número médio, algumas primíparas terão T.P. mais curto, e outras mais prolongado.

São partes do parto: o trajeto, representado pela bacia óssea e seu revestimento músculo-aponeurótico; o objeto, que é o feto; e o motor, útero ou motriz.

#### Tipos de Parto:

##### . Parto a Termo:

Em condições normais, o parto não se deveria dar se não ultimada a vida intra uterina.

##### . Parto Prematuro:

Se o feto nasce antes de ultimada a vida intra uterina, ou se a interrupção da gravidez ocorre antes de 37 semanas completas.

##### . Abortamento:

Quando o conceito não atingiu a vitalidade colocada, teoricamente antes de 22 semanas completas.

##### . Seródias ou Protraídas:

São as que ultrapassam a data prevista do parto, considerando o feto pós-maduro.

. Parto Espontâneo:

Quando se desencadeia, evolue e termina sem qualquer interferência.

. Parto Induzido:

Se medicamento ou manobra o provocaram.

. Parto Dirigido:

Nos casos de participação ativa do obstetra em seu desenrolar.

. Parto Operatório:

Diante de manobra ou ato cirúrgico efetuados para realizá-lo ou concluí-lo.

. Normal ou Eutócico:

Transcorrido fisiologicamente.

. Parto Distócico:

Perturbado por condições anômalas, patológicas.

Trabalho de Parto:

É a série de fenômenos formado pelas contrações musculares, uterinas, rítmicas que conduzem ao apagamento e dilatação do cérvix e a decida da parte que se apresenta, com eventual expulsão da criança e dos outros produtos da concepção.

Causas:

A causa do início do trabalho de parto não é completamente conhecida.

O trabalho de parto parece ser o resultado de uma combinação de fatores os quais incluem: controle fetal, alteração dos hormônios esteróides, produção de prostaglandinas -

glandinas, estimulação da ocitocina e as alterações musculares uterinas.

A partir das evidências com que se conta até agora , pensa-se que em algum tempo adequado, determinado pelo feto, a glândula pituitária fetal secreta quantidades crescentes de A.C.T.H. e de ocitocina.

Acredita-se que o A.C.T.H. fetal estimule a glândula suprarrenal a aumentar a atividade, e que a ocitocina fetal atravessa a placenta e se some à ação da ocitocina materna.

O A.C.T.H. e, possivelmente, a prolactina fetal estimulam a glândula suprarrenal do feto a secretar quantidades crescentes de cortisol, o que precipita uma série de eventos que iniciam o trabalho de parto e também promovem a maturação do pulmão do feto.

As alterações dos hormônios esteróides que ocorrem perto do fim da gravidez, incluem uma diminuição na produção de progesterona, o que permite um aumento da excitabilidade do músculo uterino, e um aumento na produção de estrogênio, o que acentua as contrações uterinas rítmicas e a sua resposta à ocitocina.

As prostaglandinas que estimulam as contrações uterinas, aumentam significativamente no líquido amniótico durante o trabalho de parto e podem portanto, ter uma considerável influência no início de tal trabalho.

Sabe-se também que o útero se torna mais responsivo à ocitocina com o progredir da gravidez. Embora não haja incidência positiva, admite-se que a ocitocina desempenhe um papel no início do trabalho de parto.



### Sintomas:

Há vários fenômenos que precedem o real início do trabalho de parto. Podem surgir algumas horas antes, 1 dia ou mesmo 1 semana ou mais antes do seu real início. Em geral são dores de aclaramento de falso trabalho de parto, alterações na cérvix, vestígios de sangramento e ruptura das membranas.

. Aclaramento - é o movimento do útero para baixo e para adiante que acontece quando a parte que se apresenta passa para dentro da pelve por uma distância grande o bastante para que se torne fixo, e muitas vezes fundo o bastante para que se torne ajustado.

Pode acontecer de modo gradual ou bastante rapidamente e é mais comum em mulheres com bom tônus muscular abdominal. As primíparas tem muito mais probabilidade de experimentar o aclaramento que as múltíparas.

A época na qual o aclaramento ocorre pode variar de algumas poucas semanas a uns poucos dias antes do início do trabalho de parto.

A mulher refere o aclaramento como caída da criança, abaixamento da sua cintura e alívio da pressão do abdome superior, acompanhado de pressão na região pélvica; mas pode ocorrer caimbra nas pernas, andar mais dificilmente, ter micção frequente e pressão no reto.

De modo geral, o aclaramento é uma evidência que a cabeça do feto não será muito grande em relação à entrada da pelve.

### . Dores do Falso Trabalho de Parto:

São contrações que podem ser mais ou menos regulares,

e se tornarem bastante incômodas, mas que diminuem sem afetar a dilatação do colo do útero. Isso ocorre com maior frequência nas múltíparas do que nas primíparas.

Pode-se suspeitar do falso trabalho de parto quando as contrações se dão de uma maneira irregular, quando não aparecem com frequência aumentada e quando sua intensidade não aumenta. O desconforto das contrações do falso trabalho de parto está geralmente localizado no abdome, em vez de se iniciar na parte posterior como nas contrações verdadeiras.

O principal aspecto da diferenciação é que a cérvix não se altera de modo apreciável quanto à espessura e não se dilata durante o falso trabalho de parto.

. Alterações na Cérvix:

A medida que o trabalho de parto se aproxima a cérvix do útero estará alongada, relativamente firme, e fechada, geralmente se torna mais macia, mais curta e algumas vezes ligeiramente dilatada. Quando se inicia o trabalho de parto, a cérvix pode ter se tornado muito curta, quase que completamente obliterada, e o diâmetro do seu orifício externo pode ter aumentado em tamanho até uma medida de 1 a 2 cm.

. Vestígios de Sangramento:

Um corrimento vaginal mucóide e viscoso pode aparecer pouco depois do início do trabalho de parto. Pode ser de cor rosa pálido ou ligeiramente listrado de sangue. É conhecido como indício ou vestígio de sangue ou pode ser chamado de expulsão da rolha mucosa.

O trabalho de parto inicia-se geralmente 24 a 48 ho-

ras após a expulsão da rolha mucosa.

O vestígio de sangue e qualquer aumento na sua quantidade devem ser diferenciados do sangramento verdadeiro , uma vez que qualquer sangramento que se eleve a mais do que o muco estriado de sangue, antes ou durante o trabalho de parto é anormal e grave, e exige atenção especial.

. Ruptura das Membranas:

As membranas fetais que contém o líquido amniótico ' que envolve a criança, podem se romper a qualquer momento antes do trabalho de parto ou durante ele, ou podem permanecer intactas até que o médico as rompa.

A ruptura das membranas é manifestada pela saída de um líquido claro pela vagina.

A quantidade de líquido que escoa por ocasião da ruptura, varia de umas poucas gotas até um jorro e depende de muitas vezes do ponto de ruptura e da posição da parte que se apresenta.

O trabalho de parto pode iniciar-se logo após a ruptura das membranas, caso não se inicie espontaneamente em poucas horas, e se o feto estiver maduro o bastante para a sobrevivência extra uterina, o trabalho de parto é induzido para se tentar realizar o parto dentro de 24 horas.

Etapas do Trabalho de Parto:

. Período de Dilatação:

A dilatação do colo ou, melhor, do canal cervical, também chamada cervicodilatação, tem por fim ampliar-lhe a capacidade, de modo que participe na formação do canal do parto. Concorrem para ela modificações acentuadas que se processam no colágeno e outros componentes do tecido con-

juntivo.

A dilatação abrange dois fenômenos: esvaecimento ou apagamento do canal cervical que consiste na sua incorporação à cavidade uterina e a dilatação propriamente, na qual as bordas do orifício externo ficam reduzidas a relevos que se aplicam à parede pélvica.

O início da fase de latência caracteriza-se pela presença de contrações regulares e pelo começo da dilatação; seu transcurso é lento e a duração média é de 8 horas. A fase ativa principia com o progresso franco da dilatação.

Frieldman idealizou três divisões funcionais na evolução clínica-preparatória, dilatação e pélvica. A divisão preparatória inclui as fases de latência e de aceleração ; a dilatação abrange a fase de dilatação máxima e a pélvica compreende as fases de desaceleração e o segundo período.

A contração uterina retesa a parede do órgão, eleva a pressão intra-uterina, modifica-lhe a forma e gera a pressão interna geral do útero.

Cada contração segue-se um avanço gradual e estável da cervicodilatação, que é diferente conforme se considera na primigesta ou na primípara.

Na primiparturiente, em primeiro lugar, dá-se o esvaziamento do canal, de cima para baixo e, depois, a dilatação do orifício externo. O esvaecimento começa na metade superior do canal.

Ultimado o esvaecimento, dilata-se o orifício externo, cujas bordas ficam reduzidas a uma ocla em contato com a parede pélvica, formando-se o orifício uterino.

que o períneo é solicitado, a parturiente esforça-se para ultimar este transe doloroso, de maneira análoga à exoneração abdominal.

A duração do período expulsivo está condicionada a proporção cefalopélvica e à eficiência contratural do útero e da musculatura da parede abdominal. Se um dos fatores estiver comprometido por vício pélvico, volume excessivo do feto, diástase dos retos anteriores, compreende-se que a saída do nascituro fique mais ou menos retardada.

A pressão intra-abdominal, somada à intra-uterina, constitui a pressão geral do conteúdo, que opera sobre o feto, salvo a zona do cinto de contato, onde a cabeça se aplica de modo interno ao conduto pélvico.

No acme da contração, observa-se a mudança de posição do útero, que se anterioriza e se torna mediano, de sorte que o fundo quase sempre desviado para a direita, fique em contato com o rebordo costal. A forma também se altera.

#### . Período de Dequitação:

Cerca de 5 a 10 minutos após a expulsão fetal a saber, esgotado o período de repouso clínico durante o qual, apesar de indolores persistem as contrações uterinas, ocorre a dequitação, isto é, o descolamento, a descida e a expulsão da placenta e das membranas.

O descolamento é consequência da desproporção entre o tamanho da placenta e a redução da sua área de inserção; as membranas decorrentes da contração e retração do órgão parturiente.

Distinguem-se dois mecanismos no descolamento da placenta, o central, chamado Schultze ou de Baudelocque, e o marginal, de Duncan.

. Descolamento Central:

Em virtude das contrações, a parede uterina encurta-se e começa o descolamento placentário pela posição central onde se coleta o sangue procedente da rotura dos vasos uteroplacentários, forma-se o hematoma retroplacentário.

Uma vez descolada, a placenta desce ao segmento inferior e à vagina e, por fim, apresenta-se à vulva, pela porção central da face fetal, onde se vê a inserção do cordão umbilical.

4º Período de Parto:

Greenberg considera a primeira hora após a saída da placenta como o "quarto período".

A primeira hora após a expulsão da placenta é perigosa.

Os acidentes ocorrem porque há tendência a confiar demasiadamente na ação de algumas manobras para fazer contrair o útero.

. Fases do 4º Período:

- Miotamponagem: imediatamente após a expulsão da placenta o útero se contrai e é palpável num ponto intermediário entre o pube e o umbigo. A retração inicial determina a laqueadura viva dos vasos uterinos, constituindo a primeira linha de defesa contra hemorragia.

- Trombotamponamento: é a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, constituindo hematoma in

tra-uterino que recobre de modo contínuo ou descontínuo, a ferida aberta no sítio placentário. Estes trombos são aderentes, pois os coágulos se continuam com os trombos dos grandes vasos sanguíneos uteroplacentários. Os coágulos enchem a cavidade uterina, a medida que o útero gradualmente se relaxa e atinge, ao fim de uma hora, o nível do umbigo. Tal é a segunda linha de defesa contra hemorragia, quando o estágio de contração fixa do útero ainda não foi alcançado. A contração do miométrio e a pressão do trombo determinam um estado de equilíbrio miotrombótico.

- indiferença mio-uterina: o útero torna-se apático e do ponto de vista contrátil apresenta fases de contração e de relaxamento, com o perigo de encher-se progressivamente de sangue.

Quanto maior a paridade e mais prolongada tiverem sido os três primeiros estágios de parturição, tanto mais longo tende a ser o tempo de indiferença mio-uterina,

- contração uterina fixa: normalmente, após uma hora, o útero adquire maior tono e assim se mantém.

### Puérperio:

Para Rezende (17) é um período variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna após o parto.

Para Deláscio, puerpério é o período que vai da dequitação à volta do organismo materno às condições pré-gravídicas. Se é conhecido o momento em que se inicia o puerpério, não o é aquele em que termina.

A opinião dominante entre os tocológos é que este período dura de 6 a 8 semanas e corresponde a reepitelização do endométrio e envolve ainda uma série de processos involutivos, anatômicos, fisiológicos e bioquímicos, gerais e locais. A única exceção é a glândula mamária que atinge seu apogeu funcional no puerpério.

A duração normal do puerpério é de 6 a 8 semanas e se sucede ao parto, é dividido em três estágios;

- pós-parto imediato - do 1º ao 10º dia após a parturição;
- pós-parto tardio - 10º dia ao 45º dia pós-parto;
- remoto ou longínquo - do 45º dia pós-parto em diante.

Neste período ocorrem os fenômenos puerperais que são subdivididos em:

- a) Fenômeno involutivo ou regressivo: involução uterina e loqueação;
- b) Fenômeno evolutivo ou progressivo: lactação.

#### a.1 - Involução Uterina:

Imediatamente após a dequitação, o corpo uterino forma um tumor muscular duro, que fixa a meio caminho entre a cicatriz umbilical e a sínfise pública. O útero involui, segundo a bibliografia, 0,7 a 1,5 cm por dia, apesar de, na prática, constatar-se ser esta involução mais rápida. Nos dias subsequentes ao parto, o útero diminui rapidamente de tamanho, de modo que, no 10º dia já não se palpa o mesmo acima da sínfise pública, atingindo seu tamanho normal em 5 ou 6 semanas. O peso uterino após o parto é de 1000 g. uma semana depois 500 g. e, no fim do puerpério, de 40 a 60 g. Aceita-se que a involução uterina é devida a um processo de autólise do constituinte proteico uteri-



no, que é absorvido e eliminado pela urina. O número de células pouco diminui, mas seu tamanho passa de 210 micra para 24 micra. Existe simultaneamente, um aumento do tecido fibroso que determina uma diminuição da capacidade contrátil do útero e maior tendência à rotura, a cada nova gestação.

A separação da placenta ocorre na porção externa da camada da decídua. Segundo Williams, a involução na zona de inserção placentária ocorre pelo crescimento do tecido endometrial vizinho, por baixo da zona de inserção. Após o parto, o local de implantação da placenta fica reduzido a uma área irregular e elevada, do tamanho da palma da mão. Após a segunda semana, essa área está reduzida a 3 ou 4 cm de diâmetro, e no fim do puerpério, a 1 a 2 cm.

Os transtornos do reestabelecimento normal nessa regeneração conduzem, às vezes, a uma subinvolução uterina e a hemorragias puerperais tardias, constituindo patologia puerperal.

#### a.2 - Loqueação:

A produção e a eliminação de considerável quantidade de exsudatos e transudatos, misturados com elementos celulares descamados e sangue, e que escoam pelo trato genital, dá-se o nome de lóquios. Os lóquios são sanguinolentos nos primeiros 3 a 4 dias pós-parto, depois tornam-se serosanguinolentos até aproximadamente o 7º dia e por fim serosos. A quantidade do fluído loquial eliminado tem sido objeto de numerosas mensurações de volume, sem que se chegasse a um consenso, tais as variações individuais registradas. Supondo-se que na primeira semana o fluxo al -

cance a 500 ml. Os lóquios possuem odor característico. Qualquer patologia do endométrio, colo ou vagina altera as características dessa secreção, tanto na cor, como na quantidade ou odor. Processos infecciosos conferem-lhe caráter purulento, com odor fétido. A loquimetria (representamento de lóquio), é situação clínica temerosa, predispondo à infecção puerperal.

#### 1. Modificações Locais:

Vagina: a vagina requer algum tempo para se recuperar da distensão que sofreu, raramente voltando à condição de nulípara. As rugas reaparecem ao fim da terceira semana. O hímen fica representado por pequenos restos de tecido que, cicatrizado, converte-se nas carúnculas mirtifformes, características da múltípara. O esfregaço vaginal mostra-se atrófico.

Vulva e Períneo: também envolvem rapidamente quase readquirindo suas características primitivas, desde que as eventuais lacerações do parto tenham sido convenientemente suturadas.

Assoalho Pélvico: embora a musculatura desta região readquira seu tono normal, quando há lacerações, principalmente dos músculos elevadores do ânus, pode permanecer fluxos, podendo predispor a ocorrência de prolapso uterino.

Colo: imediatamente após a dequitação, o colo apresenta-se flácido, com limites mal delimitados, mas já ao fim da primeira semana, torna-se tão estreito, que dificilmente admite um dedo. No puerpério há neoformação

de fibras musculares e cicatrização das lacerações, conferindo marcas que caracterizam a mulher que deu a luz por via vaginal. O orifício externo do colo uterino assume um aspecto de fenda transversal: "focinho de tenca". A eversão do tecido cilíndrico do canal cervical pode ser observado e constitui o ectrópio.

## 2. Modificações Gerais:

- O metabolismo basal retorna lentamente ao normal.
- Há normalização do metabolismo proteico, lipídico e hidrocarbonado.
- As alterações cutâneas (hiperpigmentação) desaparecem paulatinamente.
- Normalizam-se as funções gastrointestinais, voltando a situação normal o estômago, o intestino delgado e o colon, que se encontravam topograficamente deslocados. Pode observar-se hemorróidas pelo esforço dispendido no período expulsivo.
- No aparelho cardiocirculatório observa-se, durante o puerpério uma acentuada elevação da volemia (15 a 30%) devido, provavelmente ao afluxo de sangue venoso represado no trato genital. Constitui um fator de descompensação cardíaca, no puerpério imediato de gestantes cardiopatas. Há diminuição do hematócrito, da repleção venosa e de varizes.
- Desaparece a dificuldade respiratória, retomando o diafragma sua posição primitiva. Desaparece a alcalose respiratória.
- Sangue:

- a) durante a primeira semana ocorre leucocitose ( até 20.000);
  - b) eleva-se o número de plaquetas no início do puerpério;
  - c) aumenta a hemossedimentação ( até 50 mn na 1a. hora) durante os primeiros dias de puerpério;
  - d) aumentam os fatores plasmáticos de coagulação, predispondo à trombose e embolia.
- Geralmente ocorre uma acentuada perda de peso, que se deve logo após o parto à saída do feto, placenta, líquido amniótico, membrana e perda sanguínea ( 5 Kg), Devido ao aumento da diurese e sudorose há perda de 3 a 5 Kg nas semanas seguintes. Pela involução uterina 1 Kg e pela loquiação, 250 a 500 mg.
- Ocorrem alterações no aparelho urinário: dificuldade de micção e retenção urinária que favorecem infecção mais frequente ainda quando se faz cateterismo vesical.

O exame cistoscópico logo após o parto mostra edema , hiperemia e hemorragia submucosas. As vezes o edema do trígono ( colo vesical) é tão acentuado que é causa de obstrução da uretra. Além desses fatores, a bexiga puerperal tem capacidade aumentada e não é tão sensível à tensão intravesical como no estado normal. A superdistensão e o esvaziamento incompleto levam ao aparecimento de urina residual, fatos em geral agravados pelo efeito paralítico da anestesia e perturbação temporária da função nervosa. Após o parto, a dilatação do ureter e do bacinete sofre involução rápido nas mulheres normais e está completa dentro de 4 a 6 semanas.

### Lactação:

A lactação é a contribuição final do organismo materno à função reprodutora; a mama, por esta razão funcional é o órgão intimamente ligado ao sistema genital. E envolve o sistema nervoso, endócrino e aspectos psicológicos.

É dividida em três estágios:

- Mamogênese: o desenvolvimento da mama denuncia a sua origem endócrina e tem seu início durante a puberdade feminina. Durante os ciclos menstruais, o hormônio estrógeno estimula o crescimento do estroma e do sistema de ductos, além da deposição de gordura que oferece massa ao seio. O desenvolvimento mamário depende também de hormônios de crescimento e corticóides. Durante a gravidez, a ação da progesterona promove a expansão dos alvéolos mamários cujas células apresentam características secretoras.

- Lactogênese: é o processo pelo qual a secreção láctea se inicia. Logo após o parto, o lobo anterior da hipófise começa a produzir o hormônio protastina, que agindo sobre a glândula mamária, estimula a secreção do leite. Geralmente, o leite não flui da glândula em seguida, sendo necessário determinado período para que apareçam as primeiras secreções. Neste momento, o seio torna-se túrgido, doloroso com veias transparentes, constituindo a chamada apojadura ou decida do leite.

- Lactopoiese é a última etapa da lactação, ou seja, o afluxo do leite até o mamilo, e seu fluxo para o exterior. É a ejeção láctea produzida pela excitação reflexa da hipófise posterior, resultando na secreção do hormônio ocitocina, provocando contração das células miopiteliais promoven

do a saída do leite.

A formação do leite ocorre no intervalo das mamadas, ficando o leite armazenado até o esvaziamento seguinte. Com 30 segundos a 1 minuto de sucção, o leite já começa a escorrer do seio sugado e do seio oposto.

A simples sucção do seio pelo lactente, desencadeia a secreção dos hormônios prolactina e liberação da ocitocina.

Devido a ausência de ovulação em algumas mulheres, a lactação confere um certo grau de infertilidade. Todavia, a falta de menstruação não significa anovulação e a mulher precisa utilizar meios de anticoncepção para não correr o risco de engravidar.

#### Leite:

O leite é líquido branco, opaco, consistindo em emulsão de gordura dispersa em fase aquosa, contendo lactose, sais diversos, proteínas, caseinato, fosfato de cálcio. A composição média do leite humano evidência: água (P 7,43%) proteínas (1,63%), gorduras (3,75%), lactose (6,98%) e cinzas (0,212%).

A secreção da glândula mamária nos primeiros dias pós-parto é denominada colostro.

Sua composição difere da do leite normal, sendo mais elevadas em proteínas ( globulinas).

Apenas completadas as primeiras 24 horas é iniciada a amamentação e, embora, imperfeitas, ainda as características nutritivas ideais do leite, deve esse ser ministrado para hidratação adequada do recém-nascido e para proteção contra determinadas infecções conseguida por meio de anti

corpos eliminados na secreção láctea.

### Contracepção e Planejamento Familiar:

A prática do controle de natalidade (contracepção) pode ser desejável por muitas razões que variam desde as contraindicações médicas até o desejo de não ter filhos, (ou não ter mais filhos).

Por conseguinte as pessoas devem ser convencidas de que o planejamento e a limitação da natalidade elevarão o padrão de vida e, dessa maneira contribuirão positivamente para o bem estar da família e da comunidade.

### Métodos Contraceptivos Femininos:

#### A - Biológicos ou Naturais:

1 - Conceito: Métodos Biológicos ou Naturais são aqueles que envolvem autoconhecimento da anatomia e fisiologia, que não utilizam agentes externos ao corpo da mulher para impedir a concepção. Consistem basicamente em abstinência sexual durante o período fértil, fundamentados portanto na identificação do período fértil.

#### 2 - Vantagens dos Métodos Biológicos:

- a) estimula o auto-conhecimento;
- b) envolve a participação do parceiro;
- c) é biológico, não agressivo, não lesivo ao corpo;
- d) não envolve custos.

#### 3 - Desvantagens da utilização dos métodos Biológicos:

- a) exige tempo e é dificultado pela vida agitada e pelo tipo de trabalho;
- b) são antinaturais por indicar o não relacionamento sexual no período de maior desejo sexual;

- c) são de difícil compreensão para a maioria das mulheres;
- d) sofrem a interferência de variáveis pessoais e sociais.

#### 4. Tipos:

4.1 - Tabela de Ogino/Knauss ou Métodos do Calendário; este método é o resultado de conclusões semelhantes que chegaram os pesquisadores Ogino e Knauss, pesquisando em separado no Japão e Áustria, respectivamente. Consiste em fazer abstinência sexual durante o período fértil o qual é identificado estudando as variações do ciclo menstrual relacionado com o tempo de vida do óvulo e do espermatozóide.

##### 4.1.1 - Conclusões de Ogino e Knauss:

- a) a ovulação sempre ocorre em torno do décimo quarto (14º) dia antes da menstruação, independente do tamanho do ciclo;
- b) o espermatozóide é capaz de fecundar até 72 horas na trompa e fica vivo até 8 horas na vagina;
- c) o óvulo vive de 12 a 24 horas após a ovulação.

##### 4.1.2 - Para a identificação do período fértil é necessário:

- a) identificar o 1º dia do ciclo (1º dia da menstruação) e anotar em um calendário durante 8 meses;
- b) identificar o maior ciclo: exemplo: 31 dias;
- c) identificar o menor ciclo: exemplo: 25 dias;
- d) diminuir 18 (uma constante obtida de relação  $14 + 4 =$  variação devida do SPTZ) do menor ciclo para identificar o 1º dia fértil.

EX:  $25 - 18 = 7^\circ$  dia do ciclo e 1º dia fértil;

- e) diminuir 11 (uma constante obtida da relação  $14 - 3 =$



variação da média de vida do óvulo) do maior ciclo para identificar o último dia do período fértil.

EX:  $31 - 11 = 20^{\circ}$  dia do ciclo e último dia do período fértil. O período de abstinência sexual, neste exemplo é do  $7^{\circ}$  ao  $20^{\circ}$  dia do ciclo.

4.1.3 - Situações que contraindicam o uso da tabela por diminuir a sua margem de segurança;

- a) ciclos irregulares, ou seja, onde há uma diferença maior do que 7 dias entre o maior e o menor ciclo;
- b) logo após a menarca;
- c) logo após aborto ou puerpério;
- d) após uso da pílula;
- e) após retirada do DIU;
- f) próximo a menopausa;
- g) após o parto;

4.1.4 - Eficácia do método: em torno de 60%.

4,2 - Temperatura basal: diz respeito a determinação do período fértil pela observação da temperatura que ocorre conforme as fases do ciclo ovulatório.

O método consiste em abstinência sexual desde a menstruação (em torno do  $5^{\circ}$  dia do ciclo) até dois dias inteiros e consecutivos de temperatura elevada. Dois dias após a estabilização da temperatura já ocorreu a ovulação e não há mais perigo.

4.2.1 - Princípios básicos:

- a) imediatamente antes da ovulação a temperatura diminui e eleva-se em 24 a 72 horas após, permanecendo elevada até a menstruação.
- b) o aumento da temperatura é causado pela progesterona

produzida na ovulação.

#### 4.2.2 - Técnica de verificação:

- a) verificar diariamente, em repouso;
- b) à mesma hora;
- c) usar um termômetro preciso;
- d) locais de verificação: boca, ânus, vaginal.

#### 4.2.3 - Riscos e dificuldades do uso:

- a) é necessário ter uma vida de hábitos regulares;
- b) pode ser confundida com estados febris clínicos;
- c) exige tempo muito longo de abstinência sexual.

#### 4.2.4 - Eficácia: em torno de 60%.

#### 4.3 - Método de Billings:

Consiste na identificação do período fértil da detecção das alterações do muco cervical ocorridas durante o ciclo ovulatório. As modificações são três:

- a) ausência de muco ou muco estéril característico do começo e do fim do ciclo. Período não fértil. A vagina destrói os espermatozoides e o muco espesso dificulta a sua passagem até o colo. Entre os dedos percebe-se pequena elevação quebradiça;
- b) muco fértil surge no período pré-ovulatório. É leitoso, aguado e escorregadio;
- c) Gléa: ocorre na ovulação, aspecto de clara de ovo. Alcalino e elástico.

4.3.1 - Técnica de coleta do muco cervical: é realizada através do auto-exame. Introduzir dois dedos na vagina até tocar o colo do útero e coletar o muco. Realizar o auto-exame diariamente, nos três primeiros meses

examinar várias vezes por dia, depois uma vez por dia é suficiente.

4.3.2 - Diferenciar das seguintes secreções: excitação, tricomoníase, candidíase, cervicite, lubrificantes (camisinha de vênus, óleos, cremes), espermicidas, sêmem.

4.3.3 - Utilização do Método: consiste em fazer abstinência sexual desde o primeiro dia de umidade até o 8º dia após o aparecimento da Gléa.

4.3.4 - Informações Úteis: a passagem da Gléa para a calcinha leva alguns dias, portanto sua detecção externa após a ovulação.

É bastante difícil de utilizar-se o método no puerpério devido as inúmeras variações do muco que ocorrem neste período.

4.3.5 - Eficácia: em torno de 60%. Os defensores do método dizem que essa eficácia chega a 90%.

B - De Barreira:

1 - Conceito: os Métodos de Barreira agem impedindo a fecundação.

2 - Tipos:

2.1 - Barreira Mecânica: são aquelas que fazem uma barreira física à fecundação. Os mais conhecidos são: o diafragma, a capa cervical e a esponja de colágeno (os dois últimos não existem no Brasil).

2.1.1 - Diafragma: não pode ser usado nos primeiros 30 a 60 dias após o parto devido as alterações vaginais (de tamanho, de lubrificação, enrugamento).

Diafragma é uma cúpula de borracha fina e presa a um aro metálico coberto de borracha. É colocado pela mulher

antes do ato sexual, na vagina, em uma posição diagonal , dividindo a vagina em dois compartimentos e impedindo, de forma mecânica, a penetração do espermatozóide no canal cervical. O diafragma permanece no local por um período de 8 a 12 horas após o coito. Pode ser associado com uma espermicida. Deve ser prescrito por um profissional de saúde, pois existem vários diâmetros e deve-se verificar qual o que melhor se adapta à vagina de cada mulher.

a) Ocorrem falhas no uso do diafragma quando:

- ocorre deslocamento do diafragma durante o coito;
- é retirado logo após o coito;
- há relaxamento vaginal ou pélvico.

b) Observações úteis:

- não deixar o diafragma na vagina por mais de 24 horas devido perigo de irritação no colo e na vagina;
- o diafragma com geléia espermicida deve ser colocado 2 horas antes do coito, ou renovar a geléia próximo a hora do coito ou do novo coito;
- a quantidade de geléia é correspondente à uma colher de chá, colocada na parte côncava do diafragma;
- algodão embebido em vinagre ou suco de limão tem função espermicida;
- medir novamente após aborto, ou grande aumento de peso pois há possibilidade de alteração deste diâmetro.

c) Contra-indicações:

- deformações pélvicas, uterinas e vaginais;
- infecções crônicas.

d) Conservação do diafragma:

- lavar com água e sabão, depois deixar em solução desin-

fetante periodicamente;

- após secar, passar talco para guardar;
- fazer inspeção periódica.

e) Vantagens:

- é natural, protege contra infecções pélvicas, é eficaz, propicia auto-conhecimento do corpo.

f) Eficácia: 90 a 98% se associado com espermicida.

2.2 - Barreira Química: transforma o meio hostil ao espermatozóide. Podem ser óvulos, geléias, cremes e espuma. As espumas e geléias são mais eficazes porque se distribuem melhor. Funcionam sob dois princípios fundamentais: pelo aumento da acidez vaginal e por ação bactericida atacando o metabolismo do esperma.

Após a utilização deste método é totalmente contra-indicada a aplicação de duchas ou lavagens vaginais.

g) Hormonais:

1 - Conceito: os métodos hormonais agem fundamentalmente impedindo a ovulação através da utilização de hormônios sintéticos (estrogênio e progesterona). São de vários tipos mas o mecanismo de ação, as contra-indicações e os efeitos colaterais descritos no item dos anticoncepcionais orais dizem respeito a todas as formas de apresentação, variando mais ou menos conforme a composição e a dosagem dos hormônios.

2 - Tipos:

2.1 - Anticoncepção oral:

a) A do tipo combinado é contra-indicada pois suprime a lactação, passa hormônios para o leite e nas primeiras semanas aumenta o risco de doença trombo-embólicas.

b) Micro-doses de progesterona: não suprime a lactação mais diminui as proteínas, as gorduras, a lactose, o cálcio e o fósforo do leite materno. Pode causar sangramentos vaginais na mãe. Só deve ser usado um mês após o parto também, pelos riscos de hipercoagulação do pós-parto.

Anticoncepcionais orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais. São os mais conhecidos e usado por 25 a 50 milhões de mulheres em todo o mundo - 1983, estima-se que por volta de 100 milhões em 1986.

2.1.1 - Composição: na composição dos anticoncepcionais orais, aparecem como elementos: os estrogênios e progestogênios sintéticos.

Os estrogênios mais utilizados são: etinilestradiol e mestranol.

Os estrogênios são responsáveis pelo maior número de complicações graves.

No grupo dos progestogênicos, os mais utilizados são:

a) derivado do 19 - nor - testosterona:

- diacetato de etinodiol;
- d-norgestrel;
- linestrenol;
- noretindrona ou noretisterona;

b) derivados de 17-alfa-hidroxi-progestogênio:

- acetato de megestrol;
- acetato de medroxiprogesterona.

2.1.2 - Mecanismo de ação: admite-se que haja quatro principais mecanismos de ação que variam segundo a estrutura química, a combinação de substâncias e a dose.

a) Inibição hipofisária: ação que se faz sobre a secreção de gonadotrofinas tanto pela inibição do FSH, como, na metade do ciclo pela diminuição da elevação do LH, resultando na falta de estímulo para a ovulação.

b) Efeitos sobre os ovários: ocorre diminuição tanto anatômica como funcional deste órgão, demonstrável pela laparoscopia.

c) Efeitos sobre o endométrio: o endométrio torna-se impróprio para a nidação.

d) Efeitos sobre o muco cervical: ocorre espessamento do muco cervical tornando-o hostil ao espermatozoíde.

#### 2.1.3 - Tipos:

a) Esquema Combinado: comprimidos iguais de estrogênio e progestogênios. É o tipo mais usado atualmente.

b) Esquema sequencial: no primeiro período do ciclo administrados, exclusivamente estrogênios, no segundo período estrogênios e progestogênios.

c) Esquema contínuo: doses mínimas apenas de progestogênios, em doses diárias ininterruptos. (Minipílula contém até 1 mg de progestogênios). Utilizado por mães que amamentam.

#### 2.1.4 - Modo de Administração:

- Forma combinada: inicia-se no 5º dia do ciclo menstrual, 1 pílula ao dia, durante 21 dias. Parar durante 7 dias e reiniciar.
- Forma contínua: tomar continuamente, caixas de 28 comprimidos. Após tomar os 28 comprimidos, reiniciar a próxima caixa, sem interrupção.

## OBS:

- tomar pílula sempre a mesma hora, de preferência a noite;
- no esquecimento de um comprimido à noite, por exemplo , pode ser compensado com a ingestão pela manhã;
- Esquecimento após 24 horas é contornada ingerindo 2 comprimidos, no entanto muitos autores provam que essa ingesta de 2 comprimidos não assegura que a ovulação não ocorre. Um dia sem tomar o hormônio pode ser o suficiente para que ocorra escape de ovulação.

## 2.1.5 - Contra-indicações: evitar a pílula em caso de:

- diabete;
- epilepsia e estados depressivos;
- hipertensão arterial;
- tumores uterinos e ovarianos;
- neoplasias malignas;
- enxaquecas;
- varizes;
- lactação (porque diminue a produção de leite);
- esclerose múltipla;
- doenças cardíacas, renais e hepáticas;
- obesidade;
- idade superior a 40 anos( alguns autores já contra-indicam à mulheres acima de 35 anos);
- mulheres fumantes;
- mulheres com mais de 5 anos de pílulas;
- paciente que tiverem AVC ( acidente vascular cerebral);
- 10 a 14 dias de pós-parto;
- anemia falciforme;



- sangramento vaginal anormal;
- bota de gesso na perna ou ferimento no 1/3 inferior da perna, por dificultar a circulação e agravar esse para - efeito da pílula.

#### 2.1.6 - Interrupção do uso de pílula para descanso:

O ideal para a saúde da mulher seria o uso da pílula durante 6 meses e descansar de 2 a 3 meses.

No entanto, isto ainda é muito discutido. Alguns autores indicam o uso durante 1 ano com interrupção de 2 a 3 meses, outros ainda sugerem que se interrompa o uso somente quando ocorrer algum efeito colateral.

Para engravidar novamente, esperar menstruar 2 a 3 vezes após a parada da pílula. Use um método de barreira neste período.

A mulher que usa pílula deve ter acompanhamento médico de seis em seis meses ( alguns autores recomendam avaliação anual), efetuando os seguintes exames:

- exame ginecológico;
- exame de mamas;
- colpocitologia oncótica;
- exame clínico geral.

Estes exames também são condição prévia, junto com a consulta de saúde, para a indicação do uso da pílula.

2.1.7 - Efeitos colaterais: em cada 100 mulheres que tomam pílulas 40 apresentam efeitos colaterais:

#### a) Efeitos sobre o aparelho genital:

- amenorréia pós-pílula;
- abortamento espontâneo (após os primeiros meses de suspensão);

- esterelidade;
- hiperplasia atípica endo-cervical com aversão;
- hipotrofia do epitélio vaginal interferindo no relacionamento sexual;
- mastalgia.

b) Efeitos sobre a coagulação sanguínea: ocorre a diminuição do tempo de coagulação. Diminui o tônus venoso produzindo estase venosa da pelve e membros inferiores favorecendo a formação de trombos.

c) Efeitos sobre o aparelho cárdio-vascular: verifica-se a maior incidência de enfarto e doenças trombo-embólicas. Estes efeitos aumentam com o maior tempo de uso do anticoncepcional, nas mulheres de idade avançada, fumantes e obesas.

d) Efeitos sobre o sistema nervoso central: cefaléia intensa que muitas vezes precede a isquemia cerebral, trombose cerebral, estado depressivo, cansaço, diminuição da libide, agravamento da epilepsia.

e) Efeitos sobre o aparelho digestivo: náuseas e vômitos.

f) Efeitos sobre a nutrição:

f.1) Sobre o metabolismo intermediário do triptofano e vitamina B6: o estrogênio ativa a enzima hepática triptofano oxigenase, aumentando o metabolismo do triptofano. Já que a vitamina B6 age como coenzima em diversas reações do metabolismo intermediário do triptofano, acredita-se que suas necessidades estejam aumentadas.

A depressão induzida por contraceptivos orais pode ser minimizada por terapia com vitamina B6.

f.2) Sobre a Vitamina C: os estrogênios aumentam a velocidade da destruição do ácido ascórbico e diminuem os níveis dessa vitamina nos tecidos. Algumas mulheres podem apresentar avitaminose C.

Está em estudo, as consequências adversas do uso de contraceptivos orais por mulheres mal nutridas.

2.1.8 - Eficácia: em torno de 99%.

É muito difícil selecionar a pílula anticoncepcional que oferece riscos menos graves, mesmos os pesquisadores encontram dificuldades para selecionar critérios, através dos quais os progestogênios possam ser devidamente comparados, pois entram em jogo vários fatores nem sempre fáceis de serem avaliados.

Para sentir a dificuldade do problema, basta observar o grande número de produtos variando nas substâncias e dosagens.

D) DIU - Dispositivo Intra-Uterino:

Só pode ser colocado após 2 meses após o parto, pelo risco de expulsão.

1. Conceito: é um dispositivo de plástico inativo e de aço inoxidável, podendo ser associado com cobre ou hormônio, colocado na cavidade uterina com o objetivo de alterar o endométrio, tornando-o impróprio para a nidação.

O uso de corpos estranhos intra-uterinos para evitar a gravidez em animais é há muito conhecido, como se evidencia pela eficácia das pedras colocadas na cavidade uterina de camelos fêmeas no norte da África.

2. Tipos: há dispositivos de plástico inativo e de aço inoxidável. Recentemente foram introduzidos dispositi

vos com cobre ou hormônio. Existe uma grande variedade de modelos: alças, espirais, arcos, anéis, escudos, em forma de M e T. Apresentam uma cauda de onde sai o cordão que fica na vagina, depois o DIU estar inserido na cavidade uterina.

3. Mecanismo de ação: é amplamente discutido e ainda está em estudos. A hipótese mais conhecida é de que a separação das paredes uterinas impede o contato de blasto - cisto com o endométrio. Funcionando assim como microabor - tivo:

- imobiliza os espermatozóides, provavelmente pela ação dos sais de cobre liberados constantemente na cavidade' uterina e aumenta a sua ação contraceptiva;
- provoca reação inflamatória permanente ao redor de si , tornando o endométrio impróprio para a indicação.

4. Técnica de colocação: introduz-se o dispositivo em condições estáveis, por meio de aplicador especial durante a menstruação ( porque o colo está mais dilatado e há menos risco de gravidez). Usa-se de Pozzi DIU com aplicador, histerômetro e realiza-se uma técnica as - séptica.

5. Cuidados após a colocação do DIU: visita ao profis - sional de saúde um mês após a sua colocação, depois após 3 meses e depois de 6 em 6 meses ( verificar a localiza - ção, irregularidades e fazer papanicolau - colpocitologia oncológica).

Após a retirada do DIU aguardar 3 a 4 meses para en - gravidar. Colocar o DIU após 3 meses de pós-parto ou pós-aborto. Outros autores indicam a sua colocação 2 meses a-

pós o parto, pois imediatamente após o parto, há maior risco de expulsão pela contratilidade uterina. O DIU deve ser retirado 5 anos após ter sido colocado no útero ou antes se causar muito desconforto ou foram constatados para-efeitos persistentes. Se o DIU está associado com cobre o tempo de retirada é após 3 ou 4 anos.

6. Contra-indicações absolutas: gravidez, infecção pélvica, anomalia congênita uterina, metrorragias, doenças malignas no trato genital, problemas de coagulação sanguínea ou terapia com anticoagulantes.

7. Contra-indicações relativas: nulíparas, dismenoréias severas, anemia, distúrbios menstruais com tendências a maior sangramento, história de gravidez ectópica, história anterior de gonorréia, gravidez recente e puerpério.

8. Efeitos colaterais: hemorragia inicial, cólica, aumento do fluxo menstrual, hipermenorragia e menorragia, metrorra, anemia em mulheres desnutridas.

9. Complicações: perfuração do útero, expulsão principalmente no 1º ano de uso, gravidez ectópica.

10. Se engravidar com DIU: muitos autores indicam que deve-se retirar o DIU, pois aumenta o risco de infecções pélvicas. Para retirar o DIU, se o fio está visível, retirar normalmente, se não estiver é necessário interromper a gravidez e tirar o DIU por curetagem.

11. Aspéctos Nutricionais: promove modificações no meio nutricional do útero (principalmente pela presença de cobre).

Sua influência sobre o estado nutricional geral da usuá-

ria é mínima, com exceção do aumento de perdas sanguíneas (ferro) mensstruais que ele causa. É indicado dieta rica em ferro e em alguns casos, suplementação oral.

### Puerpério Patológico:

São alterações que ocorrem durante o período de regressão e recuperação do organismo materno, impedindo que este período se dê fisiologicamente, dentro dos padrões normais.

1 - Infecção Puerperal: aquela que se origina no aparelho genital, decorrendo de parto recente.

#### a) Características:

- origem microbiana;
- ponto de partida na esfera genital;
- caráter febril;
- estado puerperal.

#### b) Agentes patogênicos:

- estreptococo hemolítico - vagina;
- estafilococo - genitais externos, paramétricos e anexos;
- escherichia coli - intestino, aparelho urinário (lôquios mau cheiro).
- Gonococo - cervice - trompa - salpingite, pelviperitonite.
- outros - clostridium tetani, pneumococo, etc...

c) Fatores predisponentes: ausência de contração uterina, repetidos toques, hemorragias, traumatismos, retenção de membranas, somados à anemia, hipoproteïnemias, avitaminose, desnutrição.

#### d) Mecanismo de infecção:

1.1 - Exógena: os agentes são levados por luvas, instrumentos, má limpeza dos genitais.

1.2 - Endógena: germes presentes nas vias genitais externas ou internas, podendo vir de focos distantes ( garganta e pele ...).

e) Patologia:

1. Formas localizadas - lesões de vulva, vagina, colo, endométrio (pode ser exterminada pela maneira leucocitária).

2. Formas propagadas: miometrite, salpingite, parametrite, quarite, tromboflebite ( via linfática e sanguínea).

3. Formas generalizadas - peritenite e septicemia. (a infecção pode se propagar pelas vias linfática e sanguínea, dando: miometrite...).

Importante: Na presença de febre puerperal determinar: agente, local e extensão da infecção, pois deles depende o quadro clínico e a evolução.

1.1 - Infecção Períneo - vulvovaginal e de colo: decorrem de soluções de continuidade aí produzidas-.

a) Sintomas: dor, edema, rubor, secreção purulenta, febre moderada.

b) Diagnóstico: inspeção e exame local.

c) Tratamento: toques, corrigir lacerações, exames pós dequitação, antibiótico, curativo com antisséptico.

1.2 - Endometrite ( mais frequente):

- Surge na área de implantação da placenta;
- ocorre no 2º ao 3º dia pós-parto.

a) Sintomas: aumento de temperatura (39°C), taquicar -

dia, calafrios, lóquios purulentos com mau cheiro (odor fecalóide), loquimetria, cefaléia, anorexia.

b) Diagnóstico: EX: ginecológico ( útero amolecido e doloroso, posição alta, colo permeável ( 1 dedo), secreção purulenta).

c) Tratamento - antibioticoterapia e ocitócito, curetagem.

### 1.3 - Miometrite:

- Decorre de um processo de endometrite.

a) Sintomas: útero volumoso, amolecido, doloroso, móvel, lóquios abundantes, aumento de temperatura quando infectado por anaeróbios - fisiometria.

b) Diagnóstico: sintomas, condições do útero, hemo - grama = aumento leucócitos.

c) Tratamento - antibioticoterapia, ocitócitos, histerectomia ( depende da fisiometria, idade, paridade).

1.4 - Parametrites: decorre da infecção do tecido conjuntivo fibroareolar parametrial.

a) Sintomas: hiperemia, edema, exsudação de plasma, infiltração leucocitária, etc... tecido param. latero cervical paracistite, paracolpíte, parametrite . Temperatura mais de 10 dias, anorexia, náuseas, vômitos, palpação abdominal dolorosa, toque genital = dor intensa.

b) Prognóstico: quando tratado ----- reabsorção;  
quando não tratado ----- supuração,  
abcesso generalizado septicemia, óbito.

c) Tratamento Antibiótico, corticóides (exudato): repouso, dieta hídrica, sedativos, radioterapia, drenagem



do abcesso.

#### 1.5 - Anexites (Salpingites e ovarites):

- Decorrem de infecções nas trompas e ovários;
- 5º dia de Puerpério.

a) Sintomas: trompas edurecidas, obliteração (retenção de exsudato piossalpinge):

- absorção material com recuperação parcial dos órgãos;
- sequela obstrução tubária;
- forma subaguda - tumor inflamatório;
- cronicidade - hidrossalpinge - sépticos - septicemia;
- ovarite (dor abdominal aguda, febre alta, taquicardia, hipotensão, dispnéia e discreta defesa abdominal).

#### 1.6 - Pelviperitonite:

- Inflamação do peritônio que reveste os órgãos e a parede da cavidade pélvica, decorrente do processo infeccioso tubário, parametrial e mioendometrial:

a) Sintomas: abcesso no fundo do saco de Douglas, exsudato, peritônio vermelho, abscessos múltiplos (reto), dor intensa, aumento da temperatura ( $40^{\circ}\text{C}$ ), perturbação funcional dos intestinos, pulso (140), Blumberg positivo, intoxicação.

b) Diagnóstico: punção Douglas, bacterioscopia do pús, antibiograma.

c) Tratamento: idem anexites.

#### 1.7 - Peritonite generalizante:

- Inflamação do peritônio que reveste a cavidade e as vísceras abdominais.

Decorre de: salpingite, endometriíte, perfuração uterina, pelviperitonite.

a) Sintomas: calafrios, aumento da temperatura ( $40^{\circ}\text{C}$ ),

pulso filiforme (130-40), dispnéia, parede abdominal dolo rosa, tensa, abaulada, agitação, delírio, suores, insônia, torpor, apatia, face hiperocrática (olhos côncavos, nariz afilado, palidez intensa), língua seca, solução, náuseas, vômitos, meteorismo.

Forma aguda ----- Óbito ----- Blumberg

b) Diagnóstico ----- Hemograma ----- aumento de leucocitos e/ sintomas, antecedentes, exame do abdome e RX abdominal.

c) Tratamento ----- laparotomia (diminuir exsuda - to). Focos sépticos ---- drenagem, lavagem abdominal, trans fusão do sangue, antibióticos, corticóide, sedativo. Histerectomia às vezes decorre de abortamento séptico.

#### 1.8 - Picoemia:

Bacteriemia com disseminação de partículas de pús e formação de focos purulentos em pontos distantes da sede principal (endometrite - 10 a 15% óbitos).

a) Sintomas - calafrios, aumento de temperatura(40°C), aumento do pulso (120), sudorese, leucocitose aumentada, veias trombosadas.

b) Tratamento - antibióticoterapia em altas doses.

#### 1.9 - Septicemia: disseminação geral da infecção.

1a. ----- sem lesões aparentes;

2a. ----- com processo infeccioso localizado.

a) Sintomas - calafrios, aumento da temperatura(40°C), taquicardia (120-140), intoxicação, estado geral, aumento da T. contínuo.

Choque séptico - calafrios, febre, sudorese, pele seca e quente, sede, taquicardia, obnubilação mental, taquies

figmia, face final - vômitos sanguíneos ou focalóides, óbito 50% dos casos.

b) Tratamento - antibioticoterapia transfusão de sangue, choque (tratamento para), histerectomia.

## 2 - Hemorragias:

2.1 - Definição: hemorragias puerperais são as que acontecem, sem caráter infeccioso, após as primeiras 24 horas do parto e que superam 500 ml de sangue perdido.

2.2 - Frequência: ocorre em aproximadamente 1 a 5% dos partos. É um fenômeno recidivante em 10 a 25% dos casos em que houve hemorragias em pós-parto anterior.

2.3 - Mortalidade: relativamente rara nos tempos atuais.

## 2.4 - Causas:

- . Retenção de restos placentários: impedem a involução uterina normal mantendo ou desencadeando hemorragias;
- . Subinvolução uterina.

Muitos fatores, entre eles a presença de restos de membranas, restos placentários (cotilédones) e grandes coágulos, podem levar a uma sub-involução uterina, em decorrência da dificuldade que o útero encontra para contrair-se nestas condições.

A Sub-involução uterina tem os seguintes sinais e sintomas:

- sangramento abundante com coágulos;
- altura descompatível com o dia de puerpério;
- útero atônico, mal contraído;
- hipotensão, pulso filiforme, taquicardia;
- sudorese, calafrios e obnubilação mental, e extremida-

des frias e/ou cianóticas ( sinais de choque).

Como é possível observar, a subinvolução uterina pode ir desde atonia uterina, com sangramento abundante até o choque e a morte caso a puérpera não seja assistida em tempo hábil, e com terapêutica adequada.

. Hiperdistensão uterina - decorrente de gestação múltipla, polidrâmio, macrosomia fetal).

. Lacerações obstétricas - aproximadamente 2 em 10 casos.

Deve-se observar as lacerações da vulva, vagina, cervice e útero ou de uma episiotomia e repará-las.

. Hematoma puerperal: índice 1/500 - 100 pacientes.

Pode ser vulvar, vaginal, e subperitônio. Decorre de lesão vascular que surge durante o trabalho de parto normal ou operatório.

## 2.5 - Fisiopatologia de hemorragia do pós-parto.

### FALTA DE CONTRAÇÃO UTERINA

|                               |             |   |
|-------------------------------|-------------|---|
| TECIDOS/SANGUE RETIDO<br>E/OU |             | AS ARTÉRIAS ESPIRA -<br>LADAS PERMANECEM A- |
| PLACENTA RETIDA               | HIPERTENSÃO | BERTAS                                      |
| E/OU                          | SISTÊMICA   |   |
| ÚTERO ATÔNICO                 |             | SANGRAMENTO                                 |

### ACÚMULO INTRA-UTERINO DE SANGUE

Fig. Ciclo fisiopatológico da hemorragia pós-parto. IN:  
ELLIS, J.W., BECKMANN, C.R.D. Manual de Obstetrícia.  
Prentice/Hall do Brasil, Rio de Janeiro, 1986.p.453-  
477.

2.6 - Tratamento: 3 intervenções principais segundo ELLIS e BECKMANN:

- esvaziamento uterino;
- reforço da contratilidade uterina;
- manutenção da pressão arterial sistêmica.

### 3 - Pertubações Urinárias:

Após o parto pode ocorrer:

a) Incontinência urinária de esforço ( motivada pela compressão do colo vesical durante o período expulsivo demorado).

b) Retenção urinária ( prolongamento do período expulsivo) causando edema de uretra.

c) Cistite, pielonefrite.

### 3.1 - Assistência de Enfermagem:

- a) Estimular a deambulação precoce;
- b) Promover ambiente privativo para as eliminações;
- c) Estimular a paciente a ingerir líquidos;
- d) Usar de artifícios para estimular micção: abrir torneira, derramar água morna sobre a vulva;
- e) Passar sonda de alívio, se prescrito, nos casos de retenção.

### Alojamento Conjunto para Recém-Nascido e Mãe:

A convivência entre mãe e filho assumiu, então, papel preponderante como responsável pelas manifestações comportamentais da criança desde o nascimento, com repercussão e implicações nos primeiros anos de vida, na adolescência e na vida adulta.

Esta ênfase dada pelos autores, valorizando a intensidade das relações da mãe com seu filho, desde o momento do nascimento, deu origem a conscientização da necessidade de existir maior convivência e aproximação física entre ambos, contestando os atuais sistemas das maternidades e berçários que impõem-lhes a separação.

A necessidade de implantar e implementar um Sistema Alojamento Conjunto é respaldada pelas novas tendências assistenciais do setor de saúde que preconizam a educação da população sobre suas necessidades de saúde, enfatizando-a ao nível de cuidados primários e cuidados individuais.

Alojamento conjunto refere-se a um sistema especial de instalações em uma mesma área, favorecendo, através desta aproximação e do contato físico prolongado, o atendimento das necessidades afetivas, sociais e biológicas da criança e de sua mãe.

#### Objetivos do Alojamento Conjunto:

O sistema alojamento conjunto (SAC) objetiva uma interação mais íntima da mãe com o recém-nascido, a qual contribuiria para:

- estabelecer um relacionamento afetivo favorável entre a mãe e o filho desde o nascimento;
- educar a mãe e o pai desenvolvendo habilidades e proporcionando segurança emocional quanto aos cuidados do filho.

#### Vantagens na Prática do Alojamento Conjunto:

Caracteriza-se pela possibilidade de colocar os profissionais da saúde perante uma nova situação de atendimento.

mento materno-infantil, onde mãe e filho são postos no centro do sistema de saúde, não mais como pacientes, mas como co-participantes, reclamando seus direitos nas atividades assistenciais.

De acordo com McBryde, a mãe em rooming-in adquire maior confiança e habilidade para cuidar de seu filho. O pai compartilha a responsabilidade e sente que o cuidado do bebê, nos primeiros meses, não é tarefa exclusiva da mãe.

Montgomery destaca a possibilidade de melhor supervisão dos cuidados com o recém-nascido. Este autor acredita que a mãe constata problemas mais cedo, com a criança ao seu lado, do que as enfermeiras num grande berçário, e realiza procedimentos que podem prevenir complicações, quando devidamente orientada.

O aleitamento materno no Alojamento Conjunto aumenta consideravelmente, o que se deve, provavelmente, à proximidade do recém-nascido e à flexibilidade do horário, que permite a alimentação de acordo com a demanda do bebê.

#### Alterações Psicológicas Pré-Parto, Parto, Puerpério:

Geralmente a enfermeira tem o primeiro contato com a parturiente no momento da sua admissão no hospital. Sabe-se que é importante estabelecer, desde o início, relacionamento interpessoal satisfatório entre o pessoal hospitalar e a parturiente, esta medida visa proporcionar melhores condições para a sua adaptação ao meio hospitalar, evitando que este se torne impessoal e frio.

Do mesmo modo, não podemos esquecer que a parturiente

que assistimos na maternidade é uma pessoa que tem necessidades bio-psico-sócio-culturais. O motivo que levam a mulher a procurar a maternidade são vários, sendo o mais comum a queixa de "dor do parto" em gestação a termo; além disso, é uma fase de grande desgaste psicológico.

A internação hospitalar para a maioria das pessoas, assim como para as parturientes, significa separação da família, solidão, abandono, limitação das atividades, medo do desconhecido, entre outros.

Além disso, ao se dirigir para a maternidade, a parturiente nem sempre tem a companhia do marido, este, muitas vezes está ausente por motivo de trabalho, viagem ou abandono. Nesta ocasião, então, ela vem acompanhada de pessoas da família, amiga ou, por vezes, de pessoas estranhas ou mesmo sozinhas. Nesta situação é mais frequente a parturiente sentir-se abandonada e só.

Um dos temores mais comuns que surgem é o de não saber reconhecer os sinais do parto e ser pega de surpresa. Esta insegurança é, em parte, fundamentada no real, uma vez que os sinais de trabalho de parto nem sempre são incondundíveis.

O hospital é sempre um ambiente estranho para a parturiente e a família.

O fato da parturiente estar internada, apesar da condição de pessoa sadia, fez com que tenha limitação de algumas de suas atividades tornando-se de algum modo, dependente do médico e do pessoal de enfermagem.

... Certas reações podem ser geradas por preocupações relativas ao próprio trabalho de parto. É comum a partu -



riente ter medo das "dores" decorrentes da contração uterina e de morrer no momento do parto; preocupar-se, também com o que vai acontecer com ela e com o filho; temer pela ocorrência de uma experiência traumatizante, quando já passou por esta situação em partos anteriores; ter receio de que o filho nasça a qualquer momento por não ter noção do que envolve o trabalho de parto. Outro fato que merece destaque é o temor que a maioria das parturientes tem dos procedimentos que são inevitáveis como: toque vaginal, enema, tricotomia e episiotomia. As vezes o medo é tão intenso que a parturiente pode entrar em mutismo e com isso levar a uma percepção errônea dos seus sentimentos.

O trabalho de parto é um período de transição da espera de um filho à realidade de tê-lo; é uma situação de passagem de um estado a outro, cuja principal característica é a irreversidade - uma situação que deve ser enfrentada da qualquer forma. Pode haver sentimento de solidão e abandono no momento do parto, pois ela não pode transferir para outra pessoa a responsabilidade de "fazer nascer" o filho.

Uma outra peculiaridade que contruibui para o aumento da ansiedade é insegurança com a proximidade da data prevista e a incapacidade de saber exatamente como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto, o que evidentemente implica na impossibilidade de controlar o processo. O parto é, portanto, vivido como um "salto no escuro", um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se

tem controle.

Para a parturiente, o parto é uma experiência de vida mais significativa e importante: é o dia da chegada de seu filho. Pode ser um evento esperado, bem-vindo ou de alívio, o grande momento das respostas às perguntas que perduram 9 meses: a criança é perfeita, é menino ou menina? é parecido com quem? pode ser também um evento terrível, de sofrimento do qual não se pode fugir, podendo ser considerado como um teste de resistência.

O processo pelo qual uma criança une-se às pessoas que a cuidam tem sido descrito e explorado cuidadosamente por BOWLBY e SPITZ e outros durante os últimos 30 anos. Contudo, em 1970, teve início um esforço sistemático para estudar esse processo da perspectiva da maternidade. As primeiras pesquisas deixaram claro que a separação e a impossibilidade de estabelecer uma ligação afetiva às pessoas de quem recebeu os primeiros cuidados em significantes distúrbios do desenvolvimento motor, mental e afetivo da criança. A impossibilidade da mãe ligar-se afetivamente a seu filho, parece ter efeito igualmente devastador na sua recuperação.

O relacionamento mãe-filho é interativo, isto é, bilateral, cada um dos membros da díade responde ao comportamento do outro de tal forma, que evoca, por sua vez, uma resposta. O contato visual evoca por sua vez, um sentimento positivo da mãe em relação ao filho.

A relação mãe e filho tem início durante a gestação, quando a mãe vivencia as dificuldades da gravidez em resposta às mudanças físicas, à conscientização cinética do

seu feto e à tarefa designada a ela através da cultura em que vive. Se ela não aceita a gravidez como um efeito positivo, e não responde ao movimento do feto como uma crescente conscientização do filho como indivíduo separado dela, o processo de interação será prejudicado desde o início.

O pai também parece iniciar uma ligação aos seus filhos durante a gestação antecipando assim a paternidade ao lado da mãe. Esta ligação torna-se mais forte quanto maior for a troca de experiências durante a gravidez.

Embora esta ligação com o feto desenvolva-se durante a gravidez, a presença da criança ao nascer traz uma di mensão inteiramente nova a este relacionamento.

Todas as mães tendem a seguir um mesmo tipo de comportamento na familiarização dos filhos; primeiro, há uma exploração e identificação da criança; depois gradualmente ela aceita-o irreversivelmente como seu. Pode ser um processo muito rápido, ou levar vários dias, ou ainda semanas, e pode ser influenciado por vários fatores.

Durante a fase de exploração e identificação, está previsto que a mãe tenha com seu filho certas atitudes com mo:

- Palpação: observou-se que existe uma progressão da palpação materna. A mãe começa a tocar a criança nas extremidades delimitando a cabeça com a ponta dos dedos e, em movimentos crescentes, começa a acariciá-la com toda a superfície da mão.

Ela observa-o primeiro com medo, depois um pouco afastado

do corpo, para finalmente envolvê-lo em um profundo abraço.

- Contato visual: parece ser um componente importante do processo de familiarização. Cada vez mais observa - se mães olhando seu bebê face a face. Nessa posição em que os dois rostos estão em um mesmo plano vertical, cada um olha nos olhos do outro.

Quando a mãe olha e toca o filho, ela irá atribuir - lhe características que o fazem "único" e um membro da família. Ela o verá como uma pessoa distinta, diferente de todos os outros bebês. Identifica coisas sobre ele que o ligarão à família.

O simples fato dela decidir por um nome pode simbolizar a aceitação da criança como sua.

Deve-se ressaltar que o processo de ligação da mãe com o filho está profundamente relacionado ao progresso da mãe nas fases de aceitação e de participação. O bebê é parte integral de todo o processo e o vínculo com o bebê está fortalecido. A mulher sente-se mais mãe, assume mais responsabilidade pelo cuidado ao filho, reivindica a criança como sua e começa a cuidar dela.

Concluindo, citaremos NORONHA que faz a seguinte observação - do parto não resulta apenas um nascimento, mas quatro: nasce uma criança, nasce uma mulher para o papel de mãe e um homem para o papel de pai e uma família.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA FEITA DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO

### Gestação na Adolescência

A adolescência é uma fase de transição gradual entre a infância e o estado adulto, que se caracteriza por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais. Ela representa uma das fases mais importantes do ciclo vital à medida que completa o período de crescimento e desenvolvimento.

A gravidez, nesse período, ocasiona uma nova busca de identidade - a identidade materna - cujo novo cortejo de conflitos pode determinar desestruturação da personalidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta etapa é definida como o período da vida situado entre 10 e 19 anos, com dois sub-períodos de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos.

Para Delásio, a adolescência é definida como o período da vida humana entre a infância e a idade adulta, e nela ocorrem importantes modificações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais, não observadas em outras faixas etárias.

Considerando essa etapa da vida como um processo complexo, que se desenrola ao longo de um prolongado período, caracterizado por fenômenos progressivos e regressivos, que atuam alternados ou simultâneos, abrangendo todas as áreas da personalidade.

Nesta etapa da vida, as dificuldades são múltiplas, porque dá-se a elaboração de perdas importantes, assim como a busca do próprio eu.

Para atingir sua identidade de adolescente, o indivíduo deve enfrentar três tipos fundamentais de luto: luto pela perda do corpo, pela perda da identidade infantil e pela perda dos pais da infância.

A imagem do adolescente normal é a de um indivíduo com o ego sobrecarregado, em decorrência do impacto de mudanças biológicas que estão ocorrendo e que exigem grande capacidade de adaptação. O crescimento e o desenvolvimento físico estão intimamente relacionados ao desenvolvimento psíquico, através do qual a adolescente busca a sua independência, estabelece sua identidade e desenvolve sua sexualidade.

É um período crítico da evolução biológica e psicológica do indivíduo, no qual ele incorpora formas de comportamentos e atitudes de grande importância para sua vivência como adulto.

De acordo com critérios físicos e biológicos, a adolescência abrange a fase de modificações anatômicas e fisiológicas, que transformam a criança em adulto. Na prática, corresponde ao período que vai desde o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e início da aceleração

de crescimento até o indivíduo atingir o desenvolvimento físico completo (parada do crescimento e estabelecimento da função reprodutora). O termo puberdade é utilizado para designar todo o processo de maturação biológica, inserido no período da adolescência.

Segundo o critério psicológico, a adolescência apresenta um período de mudanças, entre a infância e a idade adulta, relacionadas fundamentalmente a uma busca de identidade, a uma aceleração do desenvolvimento intelectual e a uma evolução da sexualidade. Torna-se na prática, difícil estabelecer critérios (parâmetros) de início e término da adolescência por critérios psicológicos.

Do ponto de vista social, a adolescência corresponde ao período da vida do indivíduo, durante o qual a sociedade não o encara como uma criança, porém ainda não lhe confere o status de adulto. Nessa fase, o indivíduo perde direitos e privilégios de criança, ao mesmo tempo que passa a assumir responsabilidades de adulto. O término da adolescência, segundo o critério social, depende das características dos grupos sociais. Assim, a adolescência pode tanto ser uma fase de curta duração, assumindo rapidamente o papel de adulto, ou um período muito prolongado.

O período da adolescência, caracteriza-se por ambivalências que marcam todo o desenvolvimento do indivíduo e é fácil perceber que se sobrepusermos a esse período crítico da vida (uma idade de profundas mudanças corporais, psicológicas e de busca de identidade), um outro conjunto também complexo, representado pela gravidez, observa-

remos significativamente correlação no aumento de situações patológicas orgânicas e psicossociais.

O aumento da incidência da gravidez, deve-se a um conjunto de razões.

Primeiro, o aumento da população adolescente no mundo, onde as cifras se encontram em torno de 20% com tendência a aumento.

Em segundo lugar, a idade da menarca vem diminuindo regularmente de 3 a 4 meses por década nos últimos 100 anos.

Esse início puberal mais precoce, associado à mudança na conduta sexual mesmo em adolescentes, vem aumentando o nº de gestações fora do casamento em todas as camadas sócio-econômicas.

A anticoncepção não é praticada de maneira adequada no grupo das adolescentes sexualmente ativas. É grande a ignorância da fisiologia da reprodução e das consequências das relações sexuais. As jovens têm dificuldades em discutir a questão com seus pais que, às vezes, não se sentem preparados para debater o tema. O temor de que eles venham a saber que elas mantêm relações sexuais aumenta ainda mais a resistência em falar a respeito do seu comportamento sexual.

O diagnóstico da gravidez em adolescente é frequentemente retardado, porque elas costumam negar os fatos. É comum apresentarem-se em clínicas inicialmente, com queixas como otalgias, náuseas e vômitos inexplicados, sonolência vespertina, labilidade emocional ou "fobia à escola".



Um diagnóstico positivo de gravidez em uma adolescente, altera de imediato suas relações familiares e sociais. Sua primeira reação é frequentemente a de descrença, isto é, a mesma reação de mulheres em todas as idades ao saberem pela primeira vez que estão grávidas. A adolescente deve se concentrar de forma intensa em uma modificação no ambiente emocional com o pai da criança, se o casal tem uma relação séria e contínua. Também é adequada uma alteração acentuada em suas relações com a família, professores, conselheiros e amigos.

A gravidez não desejada, passa a ser fonte de tensão para a adolescente, seu círculo familiar imediato e para a sociedade, apesar da liberação aparente dos costumes verificados nos últimos anos.

Para alguns autores, a gravidez na adolescência é decorrente de alguns fatores etiológicos como: biológicos, familiares, psicológicos e sócio-econômicos - culturais, que são:

- aumento do número de adolescentes na população geral;
- idade da menarca mais precoce;
- pais jovens, ainda imaturos tendem a apresentar maiores desajustes e desagregação familiar;
- a afetividade comprometida em relação aos pais, interferindo no comportamento dos adolescentes;
- O etilismo dos pais como fator influente na desagregação das famílias, como influências óbvias no comportamento de sua prole;
- a desagregação familiar atuante na problemática dos filhos;

- a enurese aparece como indicador de que o desenvolvimento neuropsicomotor não se fez a contento;
- o comprometimento da feminilidade e identidade frente à menarca, leva a fantasias e inadequações;
- a atividade sexual precoce aparece como afirmação, perante si mesma ou como agressão aos pais. Seu início de sordenado pode ser carregado de culpa.
- a gravidez, aparece como expressão de conflitos - a adolescente estendeu sua forma de expressão: a gravidez é mais um canal por onde ela exterioriza suas carências e agressões.
- a mudança dos costumes e a permissividade social, favorecem o início da atividade sexual precoce;
- as privações econômicas elevam o nível de insatisfação e frustração;
- a falta de conhecimento e informação a respeito da menarca, sexo, gravidez, leva a fantasias e temores.

"A gravidez, desejada ou não, independente do meio cultural ou social em que apareça, desempenha um importante papel na determinação das oportunidades futuras da jovem, em prejuízo de suas aspirações pessoais. Especialmente no caso da adolescente solteira, tem-se observado que precipita uma ampla série de acontecimentos que se combinam para desorganizar tanto a educação, quanto sua vida familiar". (OMS -1975).

Estas consequências podem ser agrupadas em:

. **Biológicas:**

- aceleração da maturação óssea.

jovens grávidas de 12 a 18 anos com idade óssea acelera

da, levando ao comprometimento da sua estatura final.

. Sócio-econômico-culturais:

- Plano familiar:

As pressões sociais dificultam habitualmente a aceitação da gravidez de uma filha solteira, incapacitando a família a prestar-lhe o apoio que necessita. Isso ocorre em qualquer classe sócio-econômica.

- Plano educacional:

Existe dificuldade na escola em aceitar a jovem grávida ou com filhos, nas atividades normais. Por outro lado, a própria adolescente apresenta dificuldade em frequentar a escola, por vergonha, temor da reação dos colegas, novas atividades domésticas incorporadas, falta de estímulo familiar.

- Plano profissional:

A chegada dos filhos pode ocasionar dificuldades para continuar seus estudos ou reassumir com êxito, sua atividade profissional anterior.

- Mudança do estado civil:

O casamento precoce e a formação de novos lares, surge como consequência da gravidez não desejada.

. Psicológicas:

- Os fatores internos e externos, repercutem na adolescente, gerando tensão emocional, sentimentos de profundo temor, vergonha e culpa que vêm carregados de remorso, com crises depressivas e atitudes de autopunição.

- desagregado pela imagem corporal "deformada" confirmada pelo desinteresse sexual do companheiro, que leva ao medo do abandono.
- ativação e exacerbação dos mecanismos de defesa " reavivados pela gravidez com impossibilidade de tomar cons - ciência do trabalho de parto, medo de sofrer, medo da morte, medo de ficar multilada.
- em geral é difícil o relacionamento inicial mãe-filho. Se a jovem fica com o filho, precisará de apoio para ajustar-se às pressões da realidade e as necessidades imediatas do mesmo.
- Se opta pela adoção ou pelo aborto, podem aparecer conflitos que marcam profundamente sua estrutura emocio - nal, com sensação punitiva e de tristeza, pela associação de mais de um luto ao da perda do corpo infantil , perda dos pais da infância, perda da identidade infan - til, próprios da adolescência.

A gestante adolescente é vista, por muitas razões, como uma paciente de auto-risco, uma vez que a gravidez , nesta fase da vida acarreta riscos bem definidos, tanto para a mãe, como para o filho.

É vulnerável às tensões sociais, emocionais e biológicas da gestação e, conseqüentemente muito susceptível às im - plicações de uma gravidez inadequada. As gestantes meno - res de 16 anos, costumam ser mais afetadas pelo agravos da gravidez e do parto.

Os principais aspectos da puerperalidade relatados ' por Huffmann, que requerem nossas considerações são:

- aumento da mortalidade materna;
- toxemia gravídica;
- anemia materna;
- peso dos conceptos ao nascer;
- aumento da mortalidade perinatal.

### Gestação Prolongada

O tempo médio de duração da gestação em uma mulher com ciclos ovulatórios de 28 em 28 dias é de 280 - 14 dias ( 40 - duas semanas) calculados a partir do 1º dia do último fluxo menstrual (DUM) ou 266 - 14 dias ( 38 - 2 semanas) calculados a partir da data da última ovulação (DUO). Deve-se considerar uma gestação como prolongada quando ela excede 294 dias ( 42 semanas) a partir da DUM ou 280 dias a partir da DUO.

A incidência de gestações prolongadas varia segundo diferentes autores, estando entre 3,5 e 15%. Estas diferenças devem-se muito provavelmente a dificuldades em estabelecer critérios exatos para diagnóstico retrospectivo da idade gestacional. Dewhurst e col. utilizando o ultrassom, mostraram a impossibilidade de precisar a idade gestacional baseada em dados menstruais em 22% das vezes. Mulheres com ciclos irregulares, maiores ou menores do que o padrão (28 dias), pacientes que engravidam durante período de amenorréia após uso de anovulatórios e aquelas que não lembram com exatidão sua DUM, contribuem para um grande número de falsos diagnósticos de pós-datismo. Usando curvas de temperatura basal (CTB) para diagnóstico de ovulação com provável concepção, Boyce em 1976 mostrou

que gestações diagnosticadas como prolongadas por métodos clínicos corriqueiros estavam erroneamente classificadas em 70% das vezes.

#### 1- Riscos da Gestação Prolongada:

Gestações prolongadas em 60 a 80% das vezes não estão associadas à pós-maturidade e têm evolução normal. Portanto, o risco fetal na gestação que ultrapassa o termo depende fundamentalmente da concomitância da pós-maturidade.

Estudos têm sugerido que há um ápice na função placentar em torno da 36ª semana. Após o que, ocorre uma diminuição fisiológica da capacidade metabólica placentar. Mesmo após a 36ª semana, fetos com placentas normais continuam a crescer, embora em velocidade menor. A presença de fatores predisponentes pode antecipar a disfunção placentar para idades gestacionais mais precoces. De fato, a síndrome da pós-maturidade que incide em 2 a 6% das gestações ocorre no termo em 3% das vezes e após a 42ª semana em 20 a 40%.

Clifford, em 1954 e 1957, descreveu a síndrome do recém-nascido (RN) pós-maduro e classificou-a em três estágios distintos:

Estágio I - perda do vernix, pele seca, enrugada e descamado ( devido a perda de gordura subcutânea). Lactente mal nutrido, comprido e magro com olhos bem abertos parecendo "alerta", com aparência de RN "velho". Ausência de mecônio.

Estágio II - todas as características do estágio I mais a passagem de mecônio tingindo de verde o líquido amniótico (LA), placenta, membranas e pele do RN.

Estágio III- todas as características dos estágios I e II mais a coloração amarelo brilhante das unhas e pele e amarelo esverdeado do cordão e placenta.

A eliminação de mecônio no estágio II reflete a hipóxia produzida nesta fase. Clifford mostrou que crianças desta fase tinham as mais altas taxas de morbidade e mortalidade (50%). Aquelas que sobreviviam ao estágio II tinham índices menores de mortalidade. Clifford mostrou também que muitos RNs pós-termo eram grandes e saudáveis e nada tinham em comum com os pequenos RNs pós-maduros e que a gravidez prolongada por si só não poderia ser responsabilizada pelas alterações patológicas encontradas nestes recém-nascidos.

Nas gestações prolongadas a mortalidade fetal deve em geral a um ou mais dos seguintes fatores.

- a) compressão funicular em gestação com oligo-hidramnio. Pode ocorrer morte fetal (MF) antes ou durante o trabalho de parto (TP);
- b) insuficiência placentar. A MF ocorre em geral por anóxia durante o TP (SFA);
- c) aspiração maciça de mecônio. A MF ocorre durante ou após o parto. Visto que as três causas acima são a expressão final de uma mesma patologia (dismaturidade), a conduta na gestação prolongada depende sobre-maneira da capacidade de identifi-

cação desta patologia antes do comprometimento fetal.

## 2 - Diagnóstico

Dois são os diagnósticos que precisam ser firmados frente à suspeita de pós-datismo: (a) diagnóstico da idade gestacional; (b) diagnóstico da dismaturidade.

### 2,1 - Diagnóstico da idade gestacional:

O encontro de uma gestante no terceiro trimestre sem a datação correta da idade gestacional é a expressão mais clara de uma assistência pré-natal inadequada. É no primeiro trimestre que devemos realizar todos os esforços para diagnosticar corretamente a idade da gestação.

Na anamnese deve-se verificar o tipo de ciclo menstrual da paciente (sem uso de AO). Ciclos longos alteram o cálculo da idade gestacional pela DUM. Devemos lembrar que em geral o tamanho da fase luteal do ciclo é que é constante ( 15 dias) e que portanto a provável ovulação de uma mulher com ciclos de 37 dias deve ter ocorrido 15 dias antes da data esperada para a menstruação que não ocorreu. O uso de anticoncepcionais, principalmente se os últimos fluxos menstruais foram de menor volume, pode provocar amenorréia e a ovulação ser retardada. A história de irregularidade menstrual, dificuldade para gestar ou mesmo infertilidade prévia pode sugerir concepção em época diversa daquela esperada pelo cálculo da IG pela DUM.

Ainda no primeiro trimestre o exame físico é de grande utilidade; a constatação pelo toque bimanual de um ú-



tero de tamanho compatível com a idade gestacional firmada pela anamnese é bastante precisa para datar com correção a gestação.

A pesquisa de HCG tanto sérica (RIE) como urinária (planoteste) para diagnóstico de gestação feita com uma a duas semanas de atraso menstrual é de grande valia na avaliação correta da idade gestacional.

Portanto, é fundamental para a prevenção de falsos pós-datismos que todas as gestantes que apresentarem história de risco para erro de data ou tamanho uterino discordante da idade gestacional façam um exame ultra-sonográfico o mais precocemente possível. A época ideal para identificar a idade gestacional real pela ecografia é entre a 7a. e a 13a. semana através da medida do comprimento cabeça nádegas (desvio padrão de 3 a 5 dias).

Após o primeiro trimestre, e à medida que a gestação avança, tanto os dados da história como os dos exames físico e ultra-sonográfico têm cada vez menos exatidão para precisar a idade gestacional.

Na primigesta a percepção dos primeiros movimentos fetais ocorre em geral entre a 18a. e a 20a. semanas, sendo que na múltipara esta percepção pode ocorrer mais cedo (16a. 18a. semana). A ausculta do bcf pode ser feita pela primeira vez na 12a. semana com o <sup>sonar</sup> Doppler e na 20a. semana pelo estetoscópio de Pinard. A mensuração seriada da altura uterina e sua comparação com curva padrão de crescimento pode também ser de grande auxílio.

O exame ecográfico feito entre a 13a. e a 26a. semana

apresenta margem de erro de 7 a 11 dias e após a 26a, semana esse erro pode ser de até três semanas para mais ou para menos.

## 2.2 - Diagnóstico da pós-maturidade:

No diagnóstico preciso da dismaturidade estão a controvérsia e a dificuldade no manejo destas gestantes. Em primeiro lugar devemos ter em mente que em cerca de 3% das vezes a pós-maturidade ocorre ainda no termo (38- 42 semanas) e que nestes casos provavelmente a dismaturidade está antecipada por fatores predisponentes para disfunção placentar (HAS, diabete, pré-eclâmpsia, baixo ganho ponderal, etc.). Nestas pacientes devemos começar a pesquisar a presença de sinais de dismaturidade sempre antes da 42a. semana.

Nas gestações que alcançam ou ultrapassam a 42a. semana, deve-se suspeitar fortemente de pós-maturidade na presença de pelo menos um dos seguintes eventos: LA mecomial, oligo-hidramnia, cardiotocografia (CTG) ou ultra-sonografia (perfil biofísico fetal) com sinais sugestivos de hipóxia fetal. A amnioscopia, a amiocentese, a CTG anteparto e a ultra-sonografia são os instrumentos que devem ser utilizados pelo tocólogo na busca do diagnóstico da pós-maturidade.

## 3 - Conduta

A tentativa de interrupção rotineira de todas as gestações na 42a. semana eleva desnecessariamente a incidência da cesariana e a taxa de morbidade e mortalidade própria dessa cirurgia.

Em todas as gestantes com 42 semanas ou mais de I.G. e que apresentarem cérvix uterina com boas condições de indução ( ver cap.4), o parto deve ser induzido com solução de ocitocina endovenosa. Deve-se manter vigilância constante do bem-estar fetal, de preferência pela monitorização eletrônica da FCF.

As demais gestantes com pós-datismo e aquelas que não responderam adequadamente à indução do parto devem ser submetidas a um protocolo de investigação de dismaturidade. A CTG anteparto é o primeiro teste de rastreamento. A presença de desacelerações variáveis sugere compressão funicular (oligo-hidrânio) e é o suficiente para justificar a interrupção da gestação por cesariana. Uma gestante com monitorização anteparto (MAP) não reativa sem desacelerações deve ser submetida ao teste com estímulo (sonoro, vibratório, mecânico, etc) para afastar os falsos positivos. A presença de uma MAP e uma resposta auditiva provocada (RAP) não reativas impõe a realização do teste de desafio da ocitocina ( T.de Pose) que, se positivo, indica a cesariana. MAP ou RAP reativas ou teste de Pose negativo devem ser complementados pela avaliação ecográfica da quantidade de L.A. (se possível perfil biofísico completo) para que se possa tomar uma conduta expectante com segurança.

A constatação de oligo-hidramnia indica a interrupção da gestação que será por cesárea ou indução monitorizada segundo as condições cervicais.

Havendo sinais de hígidez fetal pela avaliação car -

diotocométrica feita a cada 3 dias e pela avaliação eco - gráfica da quantidade de L.A. feita semanalmente, podemos aguardar com segurança até a 44a. semana de gestação. Nestes casos, sempre que as condições cervicais se modificarem e permitirem uma indução do parto, esta deve ser a conduta tomada. A amnioscopia deve fazer parte da avaliação bissemanal que estas pacientes se submetem. Eventualmente, quando for importante a pesquisa do mecônio e houver impossibilidade de realizar-se a amnioscopia, pode-se proceder à amniocentese.

#### Hipertensão Arterial na Gestação:

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia define a hipertensão na gestação quando a pressão diastólica está igual ou maior do que 90 mmHg ou a pressão sistólica está igual ou maior do que 140 mmHg, ou, ainda, se há um aumento da pressão diastólica de no mínimo 15 mmHg ou da pressão sistólica de 30 mmHg.

##### 1 - Classificação:

##### 1.1- Hipertensão induzida pela gestação(HIG)

a- Sem proteinúria;

b- Com proteinúria(pré-eclâmpsia)

- Leve

- Grave

- Eclâmpsia

##### 1.2- Hipertensão crônica

#### Pré-Eclâmpsia

Existem situações em que a prematuridade é evidente(

fetos com menos de 35 semanas ou com imaturidade pulmonar comprovada) e a gravidade da síndrome é duvidosa. Neste caso, recomenda-se conduta conservadora, repetindo-se periodicamente as avaliações da P.A., função renal, concentração de plaquetas, função hepática, testes eletrônicos de avaliação de frequência cardíaca fetal até que o feto esteja maduro ou surja deterioração clínica do quadro.

Quando o índice de L/E prevê que o pulmão fetal está maduro ( 2 ou presença de fosfatidilglicero) e a cérvix é favorável à indução, é aconselhável realizar o parto, mesmo que a gravidade da hipertensão não obrigue a tal atitude.

Devemos nos basear, principalmente, nos índices clínicos de bem-estar materno para indicar a ocasião do parto, recomendando-se a amniocentese para os casos em que a liberdade de temporizar não é clara, nem o parto é evidentemente mandatório. O índice de L/E está acima ou igual a 2 em 81% das pacientes pré-eclâmplicas graves antes da 35a. semana de gestação. (Gluck e Kulovich, 1973).

Na pré-eclâmpsia, o cuidado maior é com o feto.

### Eclâmpsia

Enquanto na pré-eclâmpsia grave o grande problema é a prematuridade e a mortalidade fetal, na ECLÂMPSIA o risco maior é a morte materna.

Independente da idade gestacional, a Eclâmpsia é sempre uma indicação de interrupção da gestação.

Deve-se seguir os seguintes passos:

- 1- tratar as convulsões;
- 2- controlar a pressão sanguínea;

3- estabilizar a gestante;

4- realizar o parto.

Nos casos de eclâmpsia, deve-se aplicar todos os princípios e técnicas de avaliação descritos na seção I.

### Pródromos das convulsões

As convulsões eclâmpicas podem ser pressagiadas por: cefaléia, escotomas, visão borrada, dor epigástrica, tremores, alteração do sensório, rápido aumento da pressão sanguínea. Frequentemente as pacientes sentem um tipo de aura.

### Cuidados com a paciente durante uma convulsão:

No início da convulsão deve-se, se possível, colocar um protetor na língua (qualquer objeto macio) na boca da paciente para minimizar o trauma da língua. Durante a convulsão deve-se tentar segurar a paciente, sem uso de força excessiva, para protegê-la de traumas ou quedas.

Deve-se baixar a cabeça da gestante e rapidamente aspirar as secreções da orofaringe, mantendo uma boa via aérea para administrar oxigênio. Logo a seguir, procede-se à instalação de uma via endovenosa, simultaneamente colhe-se uma amostra de sangue para estudos laboratoriais (tipagem sanguínea, hematócrito, hemoglobina, contagem de plaquetas, uréia, creatinina, dosagem de proteínas pelo exame comum de urina). Um cateter de Foley deve ser instalado, através do qual se mantém um controle da diurese.

Enquanto estes passos vão sendo tomados, o sulfato de magnésio deve ser administrado pelo regime endovenoso e

intramuscular.

### Reavaliação e exame físico

Deve-se buscar, junto com os familiares e/ou prontuário de pré-natal, todas as informações possíveis no que concerne ao passado médico e obstétrico da paciente, além de todos os dados da gestação atual.

Faz-se um minucioso exame físico procurando ser o mais delicado possível.

O útero deve ser examinado atentando-se para a possibilidade de descolamento da placenta.

A cérvix deve ser avaliada para verificar as condições de indução do parto.

### Recorrência ou persistência das convulsões:

Algumas vezes outra convulsão pode ocorrer dentro de 15 a 20 minutos após a dose de ataque com sulfato de magnésio.

Se tal ocorrer, pode-se usar uma dose adicional de 10 ml de sulfato de magnésio a 20%(2g) lentamente na veia se a paciente for de tamanho médio ou pequeno e 20 ml(4g) se a paciente for grande .

Os barbitúricos só devem ser usados em último caso , pois apresentam um efeito depressor central muito mais profundo do que o sulfato de magnésio, tanto para a mãe como para o feto. Além do mais, eles diminuem significativamente a utilização cerebral do oxigênio. Uma vez que poucos barbitúricos de uso endovenoso são disponíveis no nosso meio, pode-se lançar mão de diazepínicos (Diazepan,

10 mg EV), tendo-se em consideração o risco fetal quando do uso desta droga.

#### Avaliação da hipertensão

Após uma convulsão eclâmptica, a pressão sanguínea deve ser medida a cada 5 minutos até a sua estabilidade e após a cada 15 minutos. Frequentemente, durante o período de depressão pós-convulsão, a pressão sanguínea está normal ou levemente aumentada, subindo quase sempre para níveis claramente hipertensivos em pouco tempo.

Quando a hipertensão não está presente ou não surge em uma eclâmptica, deve-se ventilar a possibilidade de outros diagnósticos, como epilepsia, acidente vascular cerebral, embolia por líquido amniótico ou intoxicação hídrica em uma paciente que recebeu infusão prolongada de ocitocina.

#### Momento da interrupção da gestação e cuidados de suporte

"Mesmo que as convulsões e a hipertensão sejam apropriadamente manejadas, a indução imediata de anestesia geral e a retirada da criança por cesariana, por exemplo, pode levar a um catastrófico insulto em uma gestante e feto já hipoxêmicos e acidóticos. Por esta razão, antes de retirar a criança é essencial dar tempo para ambos, mãe e feto, recuperarem-se da agressão metabólica que segue-se à maioria das convulsões motoras. Em geral, sentimos que, uma vez que a mãe tornou-se responsiva e orientada, pode-se presumir que já houve recuperação sufi



ciente e os esforços para interromper a gestação podem ser iniciados com segurança. Geralmente, este grau de melhora ocorrerá dentro de 4 a 8 horas desde a última convulsão." (Gant e Worley, 1980)

Durante o período de recuperação pós-convulsão, deve-se procurar evitar agitação e a estimulação da paciente, o que poderia provocar outra convulsão.

Recomenda-se proteger a paciente de luzes brilhantes, barulho e pessoas em excesso no quarto.

#### Observação clínica freqüente

Monitorizam-se a temperatura, pulso, pressão sanguínea, freqüência respiratória e diurese com monitorização de FC materna.

Deve-se permanecer atento para a possibilidade de edema pulmonar e insuficiência cardíaca aguda.

Repete-se, periodicamente, o exame neurológico. Se surgem sinais unilaterais deve-se considerar a possibilidade de hemorragia intracraniana ou de um tumor cerebral (solicitar consultoria com serviço de neurologia).

#### Controle da diurese e administração de líquidos

"Função renal diminuída em uma eclâmpsia ANTES do parto é simplesmente um reflexo do grau de vasoespasma e, por isto, não é apropriadamente tratada pela administração de volume, expansores plasmáticos ou diuréticos". (Pritchard, 1975).

Por outro lado, quando a oligúria grave se apresenta

DEPOIS do parto, a diminuição do conteúdo vascular pode ser resultante da perda sanguínea puerperal em um espaço vascular já contraído e, se tal, o conteúdo deve ser prontamente restabelecido.

Administram-se fluidos de acordo com o somatório da perda líquida medida e a perspiração insensível, geralmente na velocidade entre 60 e 120 ml/hora. Usualmente alterna-se solução de glicose a 5% em água com solução de Ringer lactato.

#### Indução do parto

Na ausência de contra-indicações para o parto transpélvico, o trabalho de parto deve ser induzido com solução de ocitocina em bomba de infusão.

Deve-se monitorizar eletronicamente o trabalho de parto e o parto. Gestantes eclâmpticas respondem favoravelmente à indução, mesmo quando a cérvix não parecer madura para tal.

#### Importância da perda sanguínea puerperal

Lembrando que o volume sanguíneo está contraído, pequenas quantidades de perda sanguínea puerperal podem comprometer o estado renal e cardiovascular na pré-eclâmpsia, enquanto a grávida normal toleraria tal perda com facilidade. Em sua análise na conduta dos 154 casos consecutivos de eclâmpsia, Pritchard notou que uma queda abrupta na pressão sanguínea no fim ou logo após o parto indica com mais frequência uma hipovolemia grave do que um alívio imediato da doença vasoespática.

O uso simultâneo de terapia vasodilatadora e expansores plasmáticos não está indicado, pois não apresenta nenhuma vantagem sobre o simples, bem estabelecido e altamente efetivo regime de Pritchard, além de aumentar o risco de sobrecarga circulatória.

### Recém-nascido

Define-se recém-nascido a termo, toda a criança nascida viva, independente do peso ao nascer, com idade gestacional de 37 a 42 semanas e que possua as características anátomo-fisiológicas, que permitam sua perfeita adaptação ao meio extra-uterino.

Dentro das características anatómicas a serem analisadas no recém-nascido, o aspecto geral e atitude, são as primeiras características a serem observadas e dão uma impressão sobre a vitalidade, normalidade, morfologia e postura.

O RN apresenta uma mobilidade incoordenada: move os braços e pernas, vira-se, torce-se e treme. No sono, cessam todos estes movimentos. Chora ativamente quando está com fome e na presença de estímulos externos.

Atitude - a atitude do recém-nascido lembra a posição fetal, intra uterina. Macini<sup>29</sup> e Gesteica<sup>18</sup> referem três tipos de atitudes comuns nos recém-nascidos.

A- nas apresentações cefálicas - os membros inferiores e superiores estão em semiflexão e apresentam posição recurvada;

B- nas apresentações pélvicas - os membros inferiores es

tão em extensão, aplicados para diante do corpo vindo os pés a tocar na calça.

- C- nas apresentações de face-a cabeça está em hiper-extensão, fortemente reclinada para trás, postura recurvada em sentido contrário ao normal.

## 1 - Modificações Anatômicas

### Cabeça

- A - volume - o crânio do recém-nascido se destaca por suas proporções em relação ao restante do corpo. O perímetro cefálico mede mais ou menos 35 cm e é 2 cm maior do que o perímetro torácico ( fórmula para avaliação do perímetro cefálico :  $1/2$  do comprimento 10);
- B - forma - é bastante comum a forma ovóide. Sua morfologia sofre alterações ao passar pelo canal cervical, provocando cavalgamento das tábuas ósseas. São observados três tipos de sutura na junção desses ossos; frontoparietais, biparietais ou mediana e occipitoparietais. Ainda pode-se constatar a presença de bossa serossanguinolenta, que se forma sobre a parte fetal vinda em primeiro lugar, durante o parto.
- C - fontanelas ou moleiras - são encontradas na cabeça do recém-nascido , através da palpação. As principais são em número de duas: anterior ou bregmática posterior ou lambdaóide. Representam espaços cartilaginosos entre as tábuas ósseas , facilitando o trabalho de parto, permitindo o

obstrução dos folículos sebáceos, pelos detritos de descamação epitelial. Tende a desaparecer nos dois primeiros meses de vida;

- ecitema tóxico , são pequenas lesões eritemato papulosas esparsas, em pequeno número e disseminadas. De etiologia pouco conhecida, foi descrita por Alcântara e Marcondes, como uma reação togumentar ao novo ambiente extra-uterino com regressão em poucos dias.

D - Descamação fisiológica - fenômeno que ocorre nos primeiros quinze dias de vida, podendo estender-se até o final do primeiro mês. Consiste na descamação da pele ora em pequeninas lâminas, enroladas sobre si mesmas e orientadas no sentido do eixo longitudinal do corpo, ora em verdadeira poeira furfurácea. É observada geralmente, ao ní vel do addome, tórax, pés e mãos.

E - Lanugem - consiste numa pelugem fina e longa que aparece com frequência em recém-nascido a termo e mais ainda em pré-termos. Localizada no dorso, face e orelhas, desaparece no decorrer da primei ra semana de vida.

F - unhas - em geral ultrapassam a ponta dos dedos. Nas crianças de cor preta, as bordas unqueais apresentam-se hiperpigmentadas.

### Pescoço

Apresenta-se curto e com imobilidade.

As gengivas são de coloração pálida e sua borda livre pode ser serrilhada. O palato duro pode apresentar lesões erosivas com halo avermelhado, conhecidas por aftas de Bednar; originadas pelo atrito exagerado do dedo do obstetra ao fazer a higiene bucal. Junto ao raí mediano, observa-se em alguns casos, acúmulo epitelial, designado pícolas de Epstein. A língua é lisa e as papilas filiformes estão pouco desenvolvidas. Comparando ao tamanho da boca e da face, a língua do recém-nascido é relativamente maior do que em outras idades. A orofaringe, nos primeiros dias, apresenta-se hiperemiada. Dentes podem, excepcionalmente, estar presentes ao nascer, geralmente mal formados com tendência a caírem em pouco tempo.

### Pele

A pele do recém-nascido apresenta particularidades que identificam este período.

A - vernix caseosa - produto de secreção da pele durante a vida intra-uterina, que recolhe a pele do recém-nascido, protegendo-a contra a maceração pelo líquido amniótico e favorecendo o deslizamento do corpo, no ato da parturição. Gesteiro<sup>18</sup> cita que Kuffer descreve a vernix caseosa como sendo constituída de gorduras, glicecina, colestecino e matérias proteicas, pêlos e resíduos epidérmicos.

Deixada sobre a pele do recém-nascido, esta pelí

cula lipóide é totalmente reabsorvida, nas primeiras horas de vida.

B - cor - a coloração da pele é variável. Logo ao nascer, geralmente, o recém-nascido apresenta uma cor fracamente avermelhada, constituindo a chamada eritrodermia neonatal, provocada pela quantidade de glóbulos vermelhos na circulação do neonato. Este matiz avermelhado tende a esmaecer nos dias seguintes, passando a pele a apresentar uma cor roxo-pálido. As extremidades do recém-nascido, devido à má circulação periférica nos primeiros momentos de vida, apresentam cianose, que desaparece com o aquecimento.

C - manchas - a pele do recém-nascido, pode apresentar manchas diversas:

- esquimoses são frequentes e sua localização depende da apresentação no momento do parto;

- nervos maternos ou ectasias venosas são manchas avermelhadas, disseminadas, não salientes, predominado, sobretudo na fronte, pálpebras, lábios e nuca. Desaparecem no decorrer do primeiro mês de vida.

- mancha mongólica , de coloração azul-arrocheada, que se localiza, geralmente, na região sacrolombar , representando para alguns a mistura de Paças;

- milium sebáceo , consiste em pequenos pontos brancos, ligeiramente salientes, localizados com frequência nas asas do nariz. Forma-se devido à

amoldamento do crânio, conforme o canal vaginal , protegendo o cérebro do recém-nascido. Além desta, uma segunda função destes espaços cartilaginosos relaciona-se ao desenvolvimento acentuado do cérebro, no período fetal e ainda na fase pós-natal.

### Face

A face do recém-nascido é pequena em relação ao crânio. Pode apresentar-se edemaciada, com marcas e manchas consequentes do parto, que regridem em poucos dias.

- A - assimetria - consiste na apresentação desigual do rosto, ou seja, um lado da face é maior do que o outro, devido à posição defeituosa na vida fetal ou como resultado de manobras obstétricas.
- B - olhos - permanecem fechados a maior parte do tempo, nos primeiros dias. As pálpebras apresentam-se frequentemente, edemaciadas. As conjuntivas podem apresentar pequenos pontos hemorrágicos sem significado clínico. Os supercílios e cílios são pouco nítidos, de fios curtos e delgados. O estrabismo é comum e pode persistir até o sexto mês de vida.
- C - Orelhas - são móveis e moldáveis; sua inserção deve estar ao redor da linha ocular;
- D - nariz - apresenta ponta arredondada e a base achatada.
- E - boca - o recém-nascido apresenta, normalmente , hipossalivação. Os lábios mostram o tubérculo labial no meio do lábio superior, bem desenvolvido.



### Tórax

É simétrico e de forma, aproximadamente cilíndrica, largo na sua base, com as costelas em posição próxima à horizontalidade. Pode ser visualizado aumento de volume das glândulas mamárias, tanto em meninos como em meninas, podendo persistir por alguns meses, devido a alterações hormonais. O tamanho e o aspecto da aréola mamária podem informar quanto à maturidade do recém-nascido.

O perímetro torácico mede em torno de 34 cm.

### Abdomen

O abdômen do recém-nascido é saliente e globoso. Sua parte superior é maior que a inferior, devido a hepatomegalia fisiológica, nesta idade. A porção do cordão umbilical, aderente ao ventre, é normalmente branco-gelatinosa.

Podem ser observados dois tipos de umbigos: umbigo amniótico - quando a membrana amniótica que cobre o cordão se insere diretamente sobre a parede abdominal. Umbigo cutâneo - quando apresenta uma borda cilíndrica de pele abdominal, que se eleva alguns centímetros e só a partir daí começa o tecido gelatinoso. A mumificação e queda do coto umbilical ocorrem, geralmente, nas primeiras duas semanas.

### Coluna vertebral

É reta, com discreta cifose dorsal. As curvaturas vão aparecendo à medida que a criança progride no seu

desenvolvimento motor.

### Genitais

Nos meninos podem ocorrer aumento do escroto, pela presença de líquido. O pênis, em geral, apresenta aderências entre a pele do prepúcio e a glândula. A regressão é espontânea, em poucos meses.

Nas meninas, os lábios vaginais podem apresentar edema, quando se trata de parto pélvico. Os pequenos lábios são proeminentes e também o clítoris. Sangramento ou secreção vaginal esbranquiçado e translúcida pode ser observado, cedendo em poucos dias.

### Membros

São curtos em comparação ao tronco. As pernas são ligeiramente curvas. As pregas devem apresentar simetria e o panículo adiposo e o tônus muscular, dão idéia do estado nutritivo do recém-nascido.

### Edema

Geralmente é localizado, dependendo da apresentação fetal no momento do parto. Regride espontaneamente, em poucos dias.

### Peso

O recém-nascido a termo pesa em geral, entre 3.000 e 3.500 gr.

### Comprimento

Em geral, o comprimento do recém-nascido se aproxima

de 48 a 50 cm.

### Características psicossociais:

A enfermagem compete ter sempre em mente, ao prestar a sua assistência e ao orientar as mães, que o recém-nascido depende dos adultos para satisfazer muitas de suas necessidades básicas e sobreviver física, psíquica e socialmente.

Atender a estas necessidades - biopsicossociais e espirituais - é tarefa da maior importância para o seu bem estar.

A criança nasce com capacidade auto-reguladora que deverá ser respeitada, pois cada bebê é um ser único "experiência que a natureza não repete". Não existem duas crianças iguais, pois diferem física, emocional e mentalmente. Assim, cada RN necessita de cuidados, de um esquema de atendimento e de horário estabelecido a partir de um conhecimento adquirido e baseado na observação da própria criança.

Cada um tem características próprias e individuais de comportamento. A maneira pela qual estas diferenças são aceitas e satisfeitas influir em seu equilíbrio, saúde física, desenvolvimento e estruturação da personalidade.

Inicialmente a criança vive em função do "princípio do prazer", pois não tem condições físicas, mentais ou emocionais, para agir de outra maneira. Não tem capacidade de satisfazer seus próprios desejos nem rejeitar experiências para as quais não está preparada.

É governada por tendências internas, pelo id manifestado pelos atos chamados instintos e reflexos. O id é primitivo e ilógico, irracional e amoral. Seus atos são sempre acompanhados de uma totalidade de prazer ou desprazer. O infante manifesta suas emoções de desprazer pelo choro e pelo grito, enquanto que o prazer se reflete em um sorriso ou sono tranquilo.

À medida que o id encontro a realidade, que vai se confrontando com a vida, inicia-se a estruturação de uma nova força, nascendo, entretanto, o ego.

O ego é onde estão situados todos os atos conscientes, os sentimentos e as ações. Nele, estão, também, o sentir, o querer, o pensar, o agir, os fatos cognitivos e os fatos afetivos.

Continuando o seu crescimento, a criança depara-se com situações que lhe são permitidas ou proibidas e são estas que irão moldar, originando o seu superego.

Apesar de passar a maior parte do seu tempo dormindo (cerca de 80%) nos primeiros dias e nas primeiras semanas de vida, em algumas horas o bebê fica acordado. E nestes momentos há sempre uma presença constante: à mãe. Logo, desde a fase em que são percebidos os quadros globais, a mãe está sendo incluída, assumindo o papel de destaque, pois cada vez que a criança acorda vê a mãe, e sucessivamente o quadro se repete.

Esta referência, este quadro, esta forma, este rosto é então percebido e absorvido. Mesmo que seja ainda como um todo ou conjunto indiferenciado, a criança vai adqui-

rindo sua percepção. Somente mais tarde será capaz de separar os detalhes do todo.

A partir da percepção da mãe, o recém-nascido passa a identificá-la pela voz, pelo odor e pelo afeto e carinho recebidos. Inicia, também a comunicar-se através dos estímulos externos que recebe, se a mãe sorri, a criança responde sorrindo, se a mãe se agita, o filho fica ansioso.

Deste todo que é a mãe, o bebê estabelece uma relação de ternura. No entanto, interpreta, ainda, esta ternura como sendo uma continuidade de si mesmo. Mãe e filho são um todo, um ser único.

O período neonatal é o tempo de dar amor sem que nenhuma retribuição seja exigida. Preparar uma criança para o período seguinte de seu desenvolvimento é satisfazê-la nas características e exigências da fase que está vivendo, proporcionando-lhe segurança e prevenindo conflitos.

Para chegar à maturidade é preciso que se aprenda a agir de acordo com o princípio da realidade. A base para se deter, esta capacidade repousa na infância. É o amor que a criança recebe, à medida que suas necessidades receptivas dependentes, são satisfeitas, que possibilita modificar seus impulsos em canais socialmente aceitos, produtivos e satisfatórios.

### Síndrome do Desconforto Respiratório

É a doença pulmonar mais frequentemente encontrada nas necrópsias dos casos de dificuldade respiratória. É peculiar aos prematuros, sendo rara nos recém-nascidos a termo.

A doença foi inicialmente conhecida como síndrome da membrana hialina, devido à presença nos pulmões dos que faleciam de material hialino, eosinofilo, revestindo à maneira de membranas, ductos alveolares e bronquios respiratórios.

Posteriormente, com a verificação de que a presença da membrana hialina não é necessária para o diagnóstico da doença e de não ser importante na etiopatogenia da mesma, passou-se a usar com maior frequência o termo síndrome do desconforto respiratório idiopático, devido a dúvidas na etiologia da mesma.

#### Etiopatogenia

Vários autores verificaram ser o pulmão normal formado por uma substância que hoje sabemos ser em grande parte constituída de lipoproteínas, cuja função é diminuir a tensão dos alvéolos, mantendo os patentes e íntegros. A carência de tal substância, denominada surfactante, nos pulmões de prematuros, levaria à atelectasia e transudação por aumento da pressão negativa sobre os capilares e anóxia.

A transudação de fibrinogênio para a luz alveolar formaria a fibrina, principal componente da membrana hialina e que se forma horas após o início do quadro, não tendo importância etiopatogênica. Avery e Mead demonstraram, pela primeira vez, que pulmões de recém-nascidos, com membrana hialina, possuem alta tensão superficial, o que seria devido a falta de surfactantes e explicaria os aspectos clínicos e patológicos da síndrome do desconforto

respiratório. Isto porque haveria hipoperfusão pulmonar antes do nascimento devido à hipóxia e acidemia, com vasoconstricção arterial pulmonar, desvio pelo ducto arterioso de sangue da direita para a esquerda, com prejuízo da irrigação pulmonar, sofrimento das células epiteliais e falta de produção do surfactante.

Também cesária fora do trabalho de parto, antes de se completar o amadurecimento pulmonar, seria um fator de risco, assim como o diabetes materno, que interfeririam na produção de surfactante.

Por outro lado, sabe-se que várias condições clínicas podem acelerar a maturação do pulmão fetal, provavelmente aumentando a produção endógena de glicocorticóides. Estas incluem hipertensão crônica, insuficiência placentária crônica e rotura precoce das membranas.

#### Quadro Clínico, Laboratorial e Radiológico

O diagnóstico clínico da síndrome da deficiência respiratória baseia-se na análise e observação cuidadosa de dados maternos, do parto e do recém-nascido e na exclusão de outras causas de dificuldades respiratória.

Uma das características da doença é o aparecimento de dificuldade respiratória precoce, na maioria das vezes nos primeiros minutos que se seguem ao parto, sendo que poucas vezes estas crianças estão bem ao nascer.

Os sinais clínicos mais característicos da síndrome, estão restritos ao aparelho respiratório. A frequência respiratória é elevada, sendo de valores normais ou baixos na primeira hora, passando a valores geralmente acima

de 60 movimentos por minuto após essa fase.

Chama a atenção a dispnéia progressiva com retração intercostal e xifóide de intensidade variável, de acordo com a gravidade do caso. Acompanhando o aumento de esforço respiratório, existe batimento de asa do nariz. Um sinal expiratório quase sempre presente e muito valorizado é o gemit do respiratório. Este é uma forma protetora da respiração, levando ao aumento da tensão de oxigênio no sangue. Ciano-se está quase sempre presente, aumentando com a acentuação do quadro respiratório. Na ausculta, nota-se pouca entrada de ar nos pulmões, apesar do grande esforço respiratório, sendo às vezes audíveis estertores finos nas bases com inspiração mais profunda.

A evolução é complicada pelo aparecimento em alguns casos de crises de apnéia. Hipotonia e falta de resposta aos estímulos ocorrem durante a evolução dos casos mais graves. Hepatomegalia, edema e oligúrio são também encontrados. A bilirrubina costuma atingir níveis mais altos do que em controles e existe retardo na eliminação de mecônio.

A morte ocorre na maioria das vezes nas primeiras 24 a 48 horas.

O raio X de tórax é recurso diagnóstico útil, mesmo sabendo-se que podem ter raio X normal.

Um achado laboratorial fundamental é o de baixa tensão de oxigênio no sangue arterial do recém-nascido, com sín - drome do desconforto respiratório, devido à atelectasia, hipoperfusão pulmonar é "shunt" direito-esquerdo, intrapul - monar e cardíaco.



Baixa do pH sanguíneo é muito frequente nesta síndrome. Existe acidose mista, respiratória pela retenção de CO<sub>2</sub>, seguida de acidose metabólica, principalmente por acúmulo de ácido lático e picúnico do metabolismo analcóbico da aficose.

Existe nesta síndrome baixo volume urinário, com retenção de K e redução na depuração de uréia.

Hipotensão pode acompanhar a doença, devido à perda de sangue, asfixia severa ou diminuição do volume por perda capilar, sendo útil a monitoragem da pressão sanguínea arterial por método ultra-sônico.

#### Diagnóstico Diferencial

Na maioria das vezes, o diagnóstico da doença não oferece dificuldades. A patologia pulmonar que mais comumente leva ao diagnóstico diferencial com a síndrome do desconforto respiratório é a broncopneumonia aspirativa, em que o quadro respiratório, é precoce e às vezes semelhante, mais no geral o ritmo respiratório é irregular, existe inundação de mecônio, ceridos adrantícios à ausculta e raio X característico.

Raramente broncopneumonia infecciosa congênita, hemorragia cerebral, cardiopatias congênitas, podem constituir-se em diagnóstico diferencial com a síndrome do desconforto respiratório.

#### Diagnóstico e Evolução

É a principal causa de morte no recém-nascido prematuro. A fase aguda da doença é de dois a três dias, com nor

malização progressiva e em poucos dias da frequência respiratória, desaparecimento da tiragem e cianose. Em alguns casos é necessário o uso de oxigênio por tempo prolongado, as vezes semanas além do período de evolução da doença.

### Tratamento

Devemos evitar hipotermia com administração de calor e umidade. A hipotermia, além de outros efeitos deletérios aumenta o consumo de oxigênio, o que é feito através do aumento da ventilação pulmonar, o que representa uma sobrecarga importante num recém-nascido com alta frequência respiratória.

Deve-se empregar glicose para fornecer calorias e diminuir o catabolismo, logo nas primeiras horas de vida.

O emprego de oxigênio é fundamental na correção de anoxia desta síndrome.

Devemos resaltar que a monitoragem contínua do oxigênio é importante para que possamos usar o oxigênio de maneira efetiva e segura.

Recomendamos e temos usado bicarbonato de sódio, por ser fisiológico e mais seguro apesar de agir só na acidose "metabólica" e levar à formação de CO<sub>2</sub>.

A alimentação só deve ser iniciada quando a criança estiver bem ou com o mínimo desconforto respiratório, usando-se a via venosa até então.

## MARCO CONCEITUAL

### Introdução

A teoria de Imogene M. King apresenta-se como uma teoria interacionista, sistêmica e organicista, de três marcos conceituais básicos que são o sistema pessoal, interpessoal e social que são alguns componentes da teoria dos sistemas abertos.

Os indivíduos formam um tipo de sistema no meio ambiente denominado sistema pessoal, formando diades, triades, pequenos e grandes grupos os quais constituem um outro sistema chamado interpessoal. Os grupos com interesses e necessidades comuns formam as organizações, as comunidades e sociedades que passaram a se chamar sistemas sociais.

Embora os sistemas pessoais e sociais influenciem na qualidade do cuidado, os maiores elementos da teoria estão nas relações interpessoais pelos quais indivíduos, geralmente estranhos, estão face a face em uma instituição de saúde para ajudar e ser ajudado no sentido de manter um estado de saúde que lhe permita desempenhar seus papéis.

### Interação humana

Os seres humanos estão interagindo constantemente quer com outros seres, quer com o ambiente. Sendo que a medida que o número de indivíduos na interação aumenta, também aumenta sua complexidade. Alguns conceitos tornam-se essenciais a compreensão de duas ou mais pessoas que interagem. São eles: Interpessoal, Interação, Comunicação, Transação, Papel e Stress.

### Interação.

As interações são os atos que ocorrem entre duas ou mais pessoas em presença mútua ou em presença do meio ambiente. As interações podem revelar como pensa uma pessoa e como se sente a respeito de outra, como cada um reage as ações do outro. Na interação cada indivíduo é um sistema pessoal com seus valores, experiências, crenças, conhecimentos, necessidades, objetivos e percepções que influenciam na interação. Manifestando-se por condutas verbais e não verbais que são orientados para o alcance dos objetivos.

Ação - ocorre quando um membro da diade inicia o comportamento, por exemplo: faz uma pergunta, pede uma informação, estende a mão.

Reação - é o comportamento de resposta ao comportamento anterior, por exemplo: responde a perguntas, dá informação, estende a mão.

A interação implica que as pessoas tenham um interesse comum e colaborem para alcançar algum propósito, As interações são observadas no tempo e no espaço, ou seja, na

situação de enfermagem.

Quando duas pessoas interagem, como por exemplo na situação de enfermagem, eles percebem um ao outro e a situação, emitem juízos e concebem mentalmente um plano (curso) de ação, tomando a decisão de como proceder e atuar. Essas condutas não são diretamente observáveis, são apenas inferências sendo que a exatidão da percepção depende da verificação das mesmas junto ao indivíduo.

O processo de interação entre dois indivíduos representa uma sequência de condutas verbais e não verbais que estão dirigidas a um objetivo.

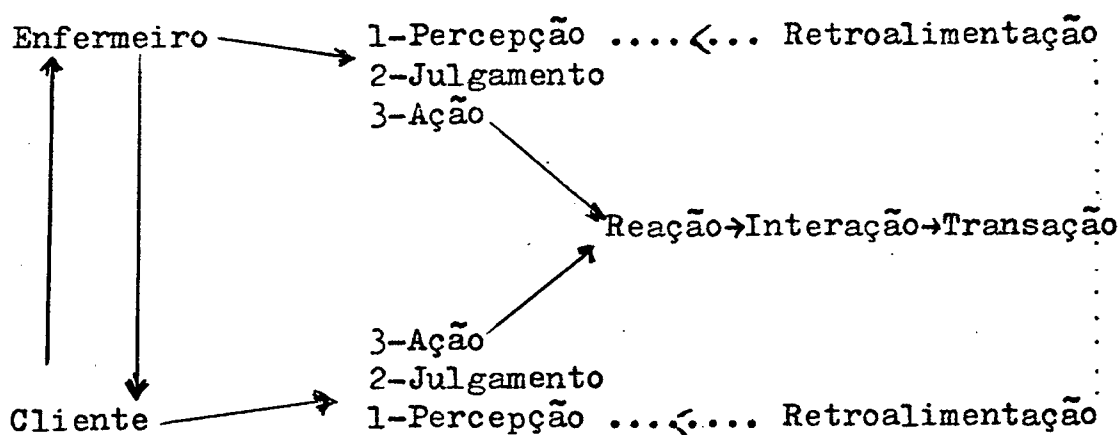


Fig.1- Interação Humana

Interação é uma experiência única no qual tempo, local, circunstância e pessoas envolvidas não podem ser repetidas.

### Comunicação

Comunicação é o processo mediante o qual uma informa-

ção passa de uma pessoa a outra de maneira direta ou in direta, verbalmente ou não.

A comunicação é o meio pelo qual se chega a intera -  
ção social e a aprendizagem.

Para que a comunicação ocorra e seja efetiva deve ser em uma atmosfera de muito respeito e desejo de enten dimento. Ela estabelece uma relação recíproca entre os que proporcionam cuidado e os que recebem. É um meio pe lo qual se (trocam) fornecem informações em situações es pecíficas de enfermagem para identificar interesses ou problemas e para compartilhar informações que ajudem o indivíduo a tomar decisões encaminhada para o alcance dos objetivos. Comunicação são meios de compartilhar in formações e idéias que são signos verbais e não verbais mediante os quais o indivíduo expressa suas metas e obje tivos.

### Percepção

Percepção é a representação da realidade em cada ser humano. É o processo de organizar, interpretar e transfor mar a informação dos dados sensoriais e de memória, é um processo de transformação humana com o meio.

As Percepções de cada um se relacionam com experiên -  
cias passadas. Com o conceito de si mesmo (self), com heranças biológicas, com antecedentes educacionais e com os grupos sócio-econômicos. Klein (1970) diz que a per cepção é parte do crescimento e desenvolvimento de uma pessoa a qual está influenciada por, e responde aos obje tivos e necessidades.

### Transação.

Transação é a conduta observável de seres humanos que interagem com seu meio ambiente. Nesse processo os indivíduos se comunicam buscando alcançar objetivos que são valorizados por ambos. Quando os indivíduos concordam com o meio para alcançar os objetivos eles se movem em direção as transações, que culminam com o alcance dos objetivos.

Quando as transações são feitas em coordenação enfermeiras-clientes, se alcançam as metas. E quando se fazem transações, a tensão e o stress reduzem-se numa situação de enfermagem.

A concordância sobre os meios é a condição básica para o alcance dos objetivos e ocorre quando ambos exploram juntos os meios. Poderá não haver concordância pelo cliente dos meios propostos pelo enfermeiro, mais este deve estar "aberto" para a contra proposta e "negociar".

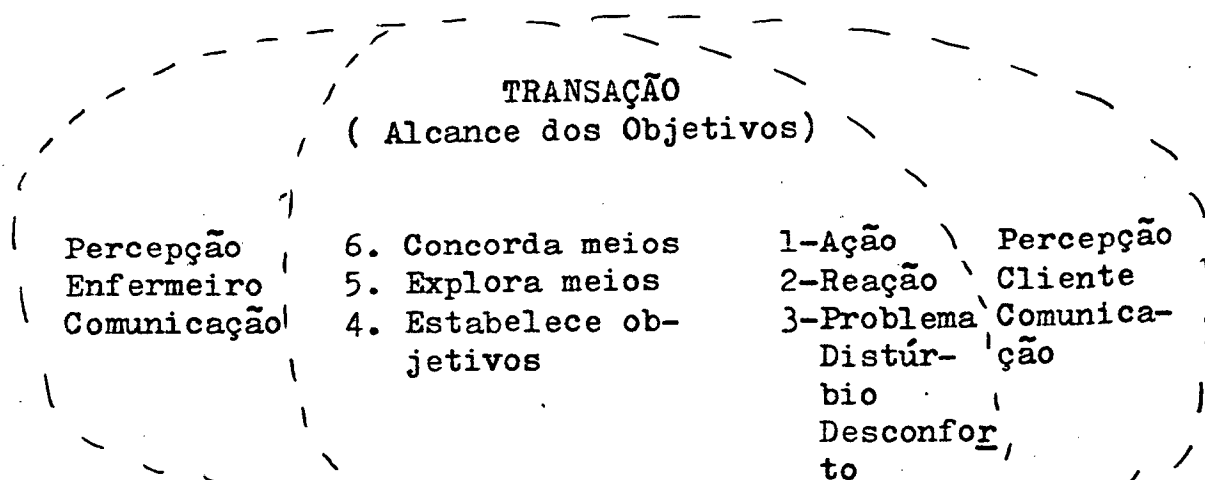


Fig. 2- Teoria do Alcance dos Objetivos de King

### Pressuposições Básicas

#### Explícitas

. Os indivíduos são seres sociais, com sentimento, racionais, perceptivos, reativos, com capacidade de controlar, com propósitos e orientados para a ação e no tempo.

. O processo de interação é influenciado pelas percepções, objetivos, necessidades e valores, tanto do cliente, quanto do enfermeiro.

. É responsabilidade do pessoal de saúde informar os indivíduos de todos os aspectos do cuidado a saúde, para que possam tomar decisões que influenciam sua vida, sua saúde e serviços comunitários.

. Os objetivos dos profissionais de saúde e os objetivos dos receptores do cuidado à saúde podem ser incógruentos, sendo que o indivíduo tem o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado.

. A mãe primípara se encontra em uma situação que favorece a interação, visto que está frente a uma nova situação que pode influenciar significativamente no desempenho e na formação de novo papel.

#### Implícitos

. Os indivíduos querem participar ativamente do processo do cuidado.

. Os indivíduos são conscientes, ativa e cognitivamente capazes de participar da tomada de decisões.

. As mães primíparas são capazes de identificar seus problemas, bem como são capazes de tomar decisões no pro-



cesso de adaptação e formação de seu novo papel.

### Descrição de conceitos

#### Enfermagem.

A enfermagem é definida como um processo de ação, reação e interação, no qual o enfermeiro e o cliente compartilham informação a cerca de suas percepções na situação de enfermagem. Através desta comunicação indetifica-se as metas, os problemas e os interesses específicos ( King 81,p.14).

Uma situação de enfermagem é o ambiente imediato, a realidade especial e temporária, enfermeira e cliente estabelecem uma relação para enfrentar os diferentes estados de saúde e ajustar-se a mudanças nas atividades diárias se a situação exigir tal ajustamento.

No presente trabalho, a situação de enfermagem representa o período em que a mãe primipara entra na sala de pré-parto do Centro Obstétrico até a visita domiciliar feita pela acadêmica, que deverá ser antes do 1º mês de vida do bebê, isto quando necessário. Envolve situações de aprendizagem, readaptação de papéis e formação de um novo papel, no qual enfermeira e cliente estabelecem um relacionamento para enfrentar as mudanças que vão ocorrer na vida da mulher e se necessário ajustar-se a elas.

#### Saúde

Dubas(1961) notou que a vida humana é um processo dinâmico e que a saúde é uma adaptação dos seres humanos

a seu ambiente o qual está sempre mudando.

A saúde é uma experiência dinâmica da vida de um ser humano, a qual implica contínuos ajustes e estresses no ambiente interno e externo, através do aproveitamento ótimo dos recursos individuais, para obter o potencial máximo para a sobrevivência que o possibilite funcionar nos seus papéis(King 81,p.17).

Ter um conceito de saúde é essencial à enfermagem. A dinâmica da enfermagem implica na percepção dos enfermeiros e nas percepções dos indivíduos em seu estado de saúde. As interações que são feitas com os recebedores dos cuidados e suas famílias, podem proporcionar uma medida da eficácia dos cuidados de enfermagem.

A mãe primipara, desde que a gravidez e o parto sejam normais, é um ser saudável, mas talvez necessite de ajuda na formação e no desempenho de seus papéis. Já que gravidez, parto e chegada do recém-nascido à família podem ser causadores de estresses.

### Doença

Desajuste ou desequilíbrio do stress no ambiente interno e externo do SH/família dificultando ou impossibilitando C e D, desenvolvimento, ajustes ou desempenho de papéis.

A doença se define como um desvio do normal, isto é, um desequilíbrio na estrutura biológica de uma pessoa ou na sua estrutura psicológica de uma pessoa ou na sua estrutura psicológica, ou um conflito nas suas relações so

ciais ( King 81.p.5).

Adaptando este conceito a mãe primipara, poderíamos dizer que esta estaria doente quando não conseguisse desempenhar seus papéis ( de esposa, filha, dona de casa , etc) em função de agentes estressores que fossem maiores do que sua capacidade de adaptação.

### Papel

Na abordagem interacionista, papel se refere ao relacionamento com um ou mais indivíduos interagindo em situações específicas, para um determinado objetivo, sendo que um elemento desempenha o papel de doador e o outro de receptor por determinado tempo, podendo haver em seguida uma inversão dos papéis.

As mães primiparas, geralmente tem dificuldade de desempenhar seus papéis pois sente-se insegura, mal informada a respeito do seu filho. Dificultando desta forma o desempenho do papel e a interação mãe-filho.

### Ser humano

Ser racional, sensível, social, percebendo, pensando, capaz de escolher entre ações alternativas, capaz de definir objetivos, selecionar os meios para atingir objetivos, tomar decisões e ter um meio simbólico de comunicar pensamentos, ações, costumes e crenças. É orientado no tempo.

Os seres humanos podem refletir sobre o passado, especular a cerca do futuro e expressar suas idéias verbalmente e por escrito ( King 81.p.38).

### Self

O conhecimento do self é a chave para compreender o comportamento humano, porque o self é a maneira como a pessoa se define perante os outros. Self é tudo que se é. self. é ser uma pessoa completa. O self é subjetivo no sentido de que é o eu penso, que eu deveria ser ou gostaria de ser.

Self é o conjunto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência de uma pessoa de sua própria existência individual, sua concepção de quem ele é e o que ele é. O self inclui entre outras coisas, um sistema de idéias, atitudes, valores e compromissos. É um centro distinto de experiências e significancia. O self constitui o mundo interior da pessoa distinto do mundo exterior, consistindo de todas as outras pessoas e coisas.

Acreditamos que o papel de mãe esteja incorporado ao self do indivíduo (mulher).

### Estresse

O stress é um estado dinâmico por meio do qual a existência humana interage com o meio para manter o balanço do crescimento, desenvolvimento e performance, os quais envolve as trocas de energia entre as pessoas e o meio para regulação e controle dos estressores.

Wolf (1955) acredita que o stress é um modelo de "reação protetora" quando observando a interação da pessoa humana com estímulo nocivo.

O stress tem seus estudos baseados na estrutura psico

lógica.

Lazarus identificou a reação do stress em pessoas e o processo cognitivo para demanda. Caracteristicamente stress é um componente essencial da vida.

Não é limitado no tempo e espaço.

O stress está em toda a parte.

O stress está categorizado em físico, ambiental, fisiológico, emocional, social e químico.

O stress se manifesta por vários métodos, fisiológicos, psicológicos e sociais.

O stress se caracteriza por uma criação do sistema nervoso, caracterizado por uma síndrome de fuga ou enfrentamento (batalha) do problema.

Estresse é uma resposta de energia do indivíduo à pessoas, objetivos e eventos, chamados estressores.

Estresse não é visto fundamentalmente como uma força destrutiva, mas sim como essencial para o desenvolvimento e para a construção de estratégias de enfrentamento.

Os agentes estressores são categorizados em físicos, ambientais, químicos, fisiológicos, emocionais e sociais. Manifestando-se nas formas fisiológicas, psicológicas e sociais.

O período puerperal traz para a mãe ( primipara) diversos agentes estressores, tais como: condições físicas e emocionais nos pós-parto, cuidado ao RN ( a imperícia no cuidado), reação da família ao RN, etc... Causando as reações mais diversas na mulher.

Espaço

O espaço existe em todas as direções é igual em todos os lados e não tem limite.

O espaço tem diferentes características. Ele é:

Universal - todas as pessoas tem algum conceito de espaço.

Pessoal - o espaço existe a medida que é percebido pela pessoa, e portanto é único.

A percepção de espaço tem sempre raízes nas culturas e a comunicação em comportamentos aprendidos através da cultura.

Física - (territorialidade) área física que as pessoas defendem com o seu.

Situacional - o espaço é maior ou menor dependendo da sua situação e local.

Transacional - o uso de espaço de uma pessoa é baseado na sua percepção de uma determinada situação.

A distância espacial é aumentada com diferenças de "status" e diminui com o gostar interpessoal.

A mãe primipara, por estar em ambiente hospitalar e estar sendo atendida por diversas pessoas, tem seu espaço transformado. Mas a maior transformação será no lar quando o RN estiver totalmente sob seus cuidados, que ela e a família, sentirá realmente seu espaço invadido e transformado.

### Tempo

O tempo é uma sequência de eventos encaminhando-se pa

ra o futuro e influenciado pelo passado.

O tempo se define como a duração entre um acontecimento e outro, na forma como é experienciado pelo indivíduo.

É relativo, neste sentido o tempo é individual e está baseado na individualidade da pessoa e seu perceptual. É unidirecional.

É imensurável a percepção humana de tempo, varia de pessoa para pessoa e está determinado por idade, educação, nível sócio-econômico, papéis sociais, valores e atitudes.

### Imagem corporal

A imagem corporal pode ser considerada como componente do crescimento e desenvolvimento. É a imagem que cada um tem de seu próprio corpo ligado ao espaço, que constitui um aspecto do self.

Schilder (1951) definiu imagem corporal, com a idéia que a pessoa forma a respeito de seu próprio corpo, é de cindir a maneira como um percebe o seu próprio corpo. Descrevem que a imagem corporal é tridimensional, fisiológica, psicológica, sociológica.

Imagem corporal se define como as percepções do próprio corpo, as reações dos outros, a sua aparência e o resultado destas reações.

Na puerpera sua imagem corporal foi modificada bruscamente, sua imagem que durante tanto tempo foi associada a barriga, de uma hora para outra some. Agora sua imagem será associada a de mãe.

### Família

Família é um sistema interpessoal, composto de um pequeno grupo de seres humanos, ligados entre si, por um objetivo comum que se auxiliam, nos momentos de dificuldade para se ajustarem ao meio em que vivem, para desempenhar seus papéis.

A estrutura familiar varia de sociedade para sociedade, cultura para cultura, porém sempre existe um tipo de estrutura, quais sejam: a organização, diferenças de idade, poder, "status" autoridade e tomada de decisão.

### Crescimento e desenvolvimento.

É o processo que ocorre na vida do ser humano, que o ajuda a mover-se no sentido de alcançar a maturidade e a auto-realização. Caracteriza-o as mudanças a nível celular, molecular e comportamental, resultantes de propriedades genéticas de experiências significativas e de ambiente favorável às mudanças.

São circunstâncias normais, há organização, isto é , há padrões que são predizíveis, mas variam por causa de diferenças individuais. A maneira na qual a pessoa cresce e se desenvolve, está influenciada positiva e negativamente por outras pessoas e objetos do meio ambiente.

### Sistema Social

É um sistema delimitado, organizado por papéis, comportamentos e práticas sociais desenvolvido para manter valores, tais como: familiar, religioso, educacional, de trabalho, coleguismo, influenciando as pessoas a medida



que elas crescem, desenvolvem-se , movendo-se da infância a idade adulta.

Os conceitos de sistema social são: Poder, autoridade, organização, status e tomada de decisão. São forças sociais que estão em constante movimento dentro dos sistemas sociais, isto influencia o comportamento social, as interações, as percepções e a saúde.

#### Conceito de Sistema Social:

- Autoridade - é um processo transacional, caracterizado por relações recíprocas e ativas, nas quais os valores experiências e percepções dos membros desempenham um papel definido, validando e aceitando a autoridade dos indivíduos na organização. A autoridade é essencial para o alcance dos objetivos.
- Organização- é a unidade social caracterizada por estruturas, funções e recursos materiais e humanos, para atingir os objetivos pessoais e organizacionais. Indivíduos e grupos são as unidades sociais da organização.
- Poder - é a capacidade ou habilidade de uma pessoa ou grupo, para atingir os objetivos. É a força social que organiza e mantém a sociedade. O poder é essencial para a ordem social, pois aumenta a coesão do grupo.

- Status - é a posição de um indivíduo no grupo ou de um grupo, em relação a outros grupos em uma organização. É acompanhado por privilégios, deveres e obrigações.
- Tomada de decisão - é o processo dinâmico, contínuo e sistemático, pelo qual uma escolha dentre alternativas é feita e praticada por um indivíduo ou grupo, para responder a uma questão e alcançar um objetivo.

No momento em que entramos no hospital, e mesmo nos seus setores, estamos conscientes que eles já estão organizados e que possuem suas autoridades que são pessoas que mantêm o poder, o status e a tomada de decisão. Por exemplo, o setor de Alojamento Conjunto, onde a autoridade é a Chefe de enfermagem que tem o poder de decisão sobre os assuntos da unidade e seus participantes.

Para resolver estes problemas, solicitamos uma enfermeira supervisora do próprio hospital. Esta supervisão ocorrerá de modo a ela não abandonar suas funções e os conceitos que ele envolve.

## FÍSICO E FISIOLÓGICO

| CONCEITO | PRÉ-PARTO/PARTO  | PUERPÉRIO  |
|----------|--|--|
| Saúde    | <p>É uma experiência dinâmica da vida do ser humano(SH) e implica em contínuos ajustes aos stresses do meio ambiente interno e externo através do ótim<sup>o</sup> aproveitamento dos recursos individuais p/ obter potencial máximo para a sobrevivência, que o possibilite funcionar nos seus papéis.</p>  | <p>. no puerpério mediato há uma contração a cada 10'.</p> <p>. duração de 6 a 8 semanas</p> <p>. corresponde a processos involutivos, anatômicos, fisiológicos e bioquímicos gerais e locais do organismo, c/ excesso da glândula mamária.</p> <p>. após dequitação, o útero forma um tumor muscular duro que fica a meio caminho entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica.</p> <p>. No 10º dia não se apalpa mais o útero acima da sínfise púbica.</p> <p>. produção e eliminação de sudatos e transudatos mais elementos celulares descarnados e sangue (lóquios) são sanguiolentos nos primeiros 3 a 4 dias, serosanguinolentos até o 7º dia e por fim serosos.</p> <p>. lactação: início do lactogênese e lactopoeese.</p> |
|          | <p>↓ progesterona → da excitabilidade do músculo uterino prod. de etrogênio → contr. uterinas rítmicas → respostas à ocitocina.</p> <p>↑ de prostaglandinas no líquido amniótico influencia o início do TP.</p> <p>. inicia o TP por volta do 10º mês lunar.</p> <p>. duração do TP p/ primíparas é de 14 horas.</p> <p>. no início da dilatação são duas contrações em 10', c/ aproximadamente 35" duração.</p> <p>. No meio deste período, são 3 contrações em 10', de 40-45" de duração. No fim da dilatação são 4 contrações em 10' c/ durações de 45 a 50".</p> <p>. No período de expulsão são 5 contrações em 10' c/ duração de 55-60" mais puxos.</p> <p>. No secundamento são 2 a 3 contrações em 10'.</p> <p>. surge o aclaramento (decido do útero p/ frente e p/adiante) - entrada da parte que se apresenta na pelve.</p> <p>. encurtamento e dilatação da cérvix, podendo estar c/ diâmetro aumentado de 1 a 2 cm.</p> <p>. expulsão da rolha mucosa.</p> <p>. a ruptura pode ser dar espontânea ou artificialmente c/ a quantidade de líquido amniótico pode variar de gotas e jorro.</p> <p>. no período de dilatação (na primípara)</p> |  |

o esvaecimento (ou dilatação do cérvix) o corre de cima para baixo e depois a dila tação do orifício externo, o encalcita - mento começa na parte superior do canal; esvaecida a metade inferior, o canal cer vical integra-se na cavidade uterina. P.expulsão = prensa abdominal, vontade de fazer força. P. dequitação = ocorre de 5.10' após a expulsão fetal, contrações uterinas indo lores, deslocamento, descida e expulsão da placenta e das mebranas. 4º período = hemostase uterina, miotampona mento e trombo tamponamento.

Doença É qualquer perturbação na interação do ser humano (família, dificultando ou impossibilitando seu crescimento e desenvolvimento e assim definir, ajustar-se e desempenhar seus papéis.

parto pré-termo é o parto que ocorre a pós 20ª semana e antes da 37ª semana.  
parto pós-termo é aquele que excede 294 dias ou 42 semanas.  
parto prolongado(excede a 14 horas).  
apresentação em polo pélvico  
ausência de contrações  
não apresenta dilatação do cérvix  
não há coordenação entre as contrações no momento do parto e os esforços feitos pela mãe.  
período de dequitação prolongado (10'), ausência de contrações uterinas e as contrações dolorosas.  
presença de resíduos placentários na cavidade uterina.  
hemorragia uterina  
placenta prévia

- presença de loquios fétidos.
- aumento de temperatura.
- sangramento via vaginal.
- dor nos membros inferiores.
- dor na episiotomia
- infecção puerperal
- engurgitamento mamário
- fissura mamilar
- demora na descida do leite
- mamilo plano, invertido.

| CONCEITO                                | PRE-PARTO/PARTO   | PUERPÉRIO   |   |
|---|---|---|---|
| Papel                                   | Se refere ao <u>relacio</u><br><u>namento</u> com um ou <u>ma</u><br><u>is</u> indivíduos <u>intera</u><br><u>gindo</u> em situações<br><u>específicas</u> p/ um de<br><u>terminado</u> objetivo  | da mãe:<br>.<br>fornecer informações<br>.<br>solicitar esclarecimento<br>.<br>aceitar as orientações<br>.<br>colaborar na identificação das contra -<br>gões e ou sinais do parto<br>.<br>participar ativamente em todas as eta-<br>pas do parto<br>.<br>solicitar ajuda quando necessário<br>.<br>solicitar esclarecimento | .<br>fornecer informações<br>.<br>solicitar esclarecimento<br>.<br>aceitar e participar nas o-<br>rientações.<br>.<br>participar ativamente no au-<br>to-cuidado<br>.<br>solicitar ajuda quando neces-<br>sário.<br>.<br>amamentar seu filho.   |
| Interação                               | São os atos que <u>ocor</u><br><u>rem</u> c/ duas ou mais<br><u>pessoas</u> em presença<br><u>mútua</u> ou em presença<br><u>do</u> meio ambiente   | .<br>recepção da primipara pela enfermeira<br>na sala de admissão<br>.<br>apresentação do local<br>.<br>entrevista<br>.<br>no momento de realização das técnicas<br>.<br>nas orientações<br>.<br>na avaliação do paciente<br>.<br>no momento do parto<br>.<br>ficar ao seu lado<br>.<br>oferecer segurança                  | .<br>recepção da primipara no alo-<br>jamento conjunto<br>.<br>apresentação do lugar(ambien-<br>te).<br>.<br>apresentação da equipe de en-<br>fermagem<br>.<br>entrega da criança p/ a mãe.<br>.<br>os cuidados da mãe c/ a crian-<br>ça.<br>.<br>amamentação<br>.<br>visitas<br>.<br>palestras |
| Crescimen-<br>to e desen-<br>volvimento | É o processo que <u>ocor</u><br><u>re</u> na vida do ser hu-<br><u>mano</u> que o ajuda a <u>mo</u><br><u>ver-se</u> no sentido de<br><u>alcançar</u> a maturidade<br><u>e</u> a auto.-realização | .<br>gestação<br>.<br>preparo p/ o parto<br>.<br>parto<br>.<br>interação c/ outras mães ou c/ a equi-<br>pe de enfermagem   | .<br>tornar-se mãe<br>.<br>presença da criança<br>.<br>interação c/ família<br>.<br>ter que cuidar do filho<br>.<br>ter que amamentar<br>.<br>ter que cuidar-se<br>.<br>ter que levar a criança p/<br>casa<br>.<br>Ter que cuidar da criança<br>sozinha.  |

Imagem Cor- É a imagem que cada um tem de seu próprio corpo, ligado ao espaço que constitui o aspecto do self. É tridimensional, fisiológica e sociológica. São as percepções do próprio corpo, as reações dos outros a sua aparência e o resultado destas reações.

. eminência da perda barriga ; retorno do corpo ao normal . medo da não involução corporal . integridade cutânea atingida (episiotomia/episioverrafia) . tricotonia . enema . toque vaginal . desnudar-se na frente das pessoas estranhas (médico-enfermeira).

. amamentação . consequências físicas e fisiológicas do amamentar . curativo da episiorrafia . exame médico no quarto (alajamento conjunto).

Self É como a pessoa se define perante os outros.

. estar grávida . ser mãe . espectativas de como enfrentar o parto . ser esposa

Ser Humano Ser racional sensível, percebendo, pensando, capaz de escolher entre ações alternativas capaz de definir objetivos, selecionar os meios para atingir os objetivos, tomar decisões, e ter um meio simbólico de comunicar pensamentos, ações, costumes e crenças.

. experiência de tornar-se mãe . ser mãe . decidir o tipo de parto que pretende . afetividade pelo filho . experiência com a internação . convivendo na unidade de alojamento conjunto . comunicar . perceber o ambiente e situação presente . percebendo e analisando o meio, a criança . perceber a criança . capaz de definir os objetivos e os meios p/ atingi-los . comunicação

É um estado dinâmico por meio pelo qual a existência humana interage c/ o meio para manter o balanço p/o crescimento e desenvolvimento. Está categorizado em físico, ambiental, fisiológico, emocional, social e químico.

- o trabalho de parto (contrações, ansiedade, dilatação)
- tricotomia
- enema
- ausculta dos BcF
- parto
- ambiente da sala de parto/pré-parto.
- ausência de um familiar
- ficar sozinha
- necessidade de medicação
- demora do parto

- esgotamento físico pós-parto
- episiotomia
- cuidado ao RN
- amamentação
- prováveis problemas que podem surgir c/ a amamentação e ou c/ o RN (engurgitamento, fissura, cólica)
- ter que ir p/ casa
- cuidar sozinha do RN

O espaço existe em todas as direções, é = em todos os lados e não tem limite. É universal e pessoal.

- situação em que ela se encontra (pré-parto)
- ambiente físico em que se encontra (sala do pré-parto/parto).
- nascimento da criança (RN).

- presença do RN
- comunidade que forma o alojamento conjunto
- retorno ao lar c/ o RN.

Tem raízes nas culturas.

É uma sequência de eventos, encaminhando-se p/ o futuro e influenciado pelo passado. É a duração entre um acontecimento e outro, na forma como é experienciado pelo indivíduo

## Saúde

- . adaptação da mulher ao ambiente hospitalar.
- . necessidades bio-psico-sociais e culturais
- . não pode transferir para outras pessoas a responsabilidade de ter o filho (situação de passagem).

## Doença

- . desgaste psicológico
- . limitação das atividades
- . medo das doenças e contrações
- . medo de experiência traumatizante
- . medo de procedimentos como: toque enema, episiotomia, etc. que pode ser tão intensa podendo levá-la ao mutismo o que pode levar a uma percepção errônea.

## Papel

- . medo de procedimentos como: enema, tri-cotomia e episiotomia
- . situação de passagem de um estado a outro caracterizado pela irreversibilidade
- . não pode transferir p/ outra pessoa a responsabilidade de ter o filho.

## Interação

- . separação da família, solidão, abandono
- . vir acompanhada ou não pelo marido, familiar, vizinho, amigo ou desconhecido, mesmo sozinha.
- . preocupa-se c/ o que vai acontecer e c/ o filho.
- . relação mãe e filho tem início na gestação.

- . não aproximação da criança as pessoas de quem recebeu os primeiros cuidados, pode causar danos no desenvolvimento motor e afetivo da criança.
- . na mãe os efeitos na sua recuperação também aparecem.

- . aceita a criança irreversivelmente como sua.

- . não aproximação da criança as pessoas de quem recebeu os primeiros cuidados, pode causar danos no desenvolvimento motor e afetivo da criança.
- . a mãe o efeito na sua recuperação também aparece.
- . preocupa-se c/ o que vai acontecer c/ ela e c/ o filho
- . o relacionamento mãe e filho é bilateral.



| CONCEITO                      | PRE-PARTO/PARTO   | PUERPÉRIO  |
|-------------------------------|---|--|
| Crescimento e Desenvolvimento | .TP<br>. espera do filho a realidade de tê-lo.  |  |
| Imagem Corporal               | . o que vai acontecer c/ ela e c/ o filho.<br>. medo de procedimentos como: enema, tricotomia e episiotomia   | . o que vai acontecer com ela e c/ o filho<br>. medo de procedimentos como enema, tricotomia e episódio. |
| Self                          | . medo do desconhecido<br>. medo de não reconhecer os sinais do parto<br>. insegurança<br>. tornar-se dependente do médico e pessoal de enfermagem<br>. medo das dores e contrações<br>. morrer no momento do parto<br>. medo de doença traumatizante<br>. medo de procedimentos como: tricoto - mia, enema episotomia<br>. não pode transferir para outra pessoa a responsabilidade de ter o filho |  |
| Ser Humano                    | . conscientização do filho como indivíduo   | . conscientização do filho como indivíduo.   |
| Espaço e Tempo                | . o hospital é sempre um ambiente estranho p/ a parturiente e família<br>. incapacidade de saber como e quando dar-se-á o trabalho de parto.  |  |

## PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem é um meio através do qual os enfermeiros interagem propositadamente com os clientes. A finalidade é interagir de forma proposital, é com - partilhar informações, determinar objetivos mútuos, participação nas decisões dos objetivos e meios para implementar planos e avaliações. Os passos do processo foram divididos para fins didáticos, porém, na prática, eles ocorrem concomitantemente.

Entende-se por interação proposital: aquela que implica na aproximação entre mãe e enfermeira, para compartilhar informações de interesse mútuo, com o propósito de alcançar objetivos comuns. É a fase que dá início ao relacionamento enfermeiro-mãe, com o intuito de aproximá-lo para iniciar a fase seguinte do Processo de Enfermagem.

O compartilhar informações é a segunda fase do processo de enfermagem, e consiste na coleta de dados. Esta será feita a partir de um roteiro flexível, elaborado a partir dos conceitos selecionados no marco conceitual. Os dados serão coletados através de conversas informais

com paciente e família, e pesquisa ao prontuário. O roteiro a ser utilizado encontra-se no anexo

A partir dos dados coletados e com ajuda da mãe identificaremos quais os seus problemas e a partir disto, traçaremos objetivos assistenciais. Esta etapa do processo é denominada " Determinação dos Objetivos".

Como problema serão denominados todos os aspectos detectados pelo enfermeiro, mãe ou família que possam levar a perturbação na interação ou mesmo sua inexistência, dificultando ou impossibilitando crescimento, desenvolvimento, definição, ajustamento e desempenho de papéis da mãe, recém-nascido e família, e que possam ser atendidos pela enfermeira.

Serão considerados como meio, todas as ações tomadas pelo enfermeiro, mãe ou família para se atingir um objetivo.

A implementação do plano, consiste em ações que a enfermeira e a mãe desenvolverão para o alcance dos objetivos. Dentro do possível, as decisões deverão ser compartilhadas com a mãe, havendo determinadas situações onde não será possível pedir ou aceitar suas opiniões, devendo a enfermeira apenas comunicá-lo.

A avaliação, será feita em termos de evolução diária, sob a forma de SOAP, sendo que a primeira e segunda avaliação corresponderão ao 1º dia pós-parto; e para as que tiverem ou mostrarem necessidade, uma 3a. avaliação será feita na visita domiciliar. A sigla SOAP significa:

S - dados subjetivos que representam as informações

e observações da mãe, família, ou seja, seus sentimentos e reações.

O - os dados objetivos que representam as observações ou dados mensuráveis obtidos por elementos da equipe de saúde e ou enfermagem.

A - representa análise que explica e interpreta o significado dos dados objetivos e subjetivos; avalia a evolução das ações adotadas em função dos passos para o alcance dos objetivos; pode incluir razões para manter, mudar ou abandonar planos.

P - as condutas tomadas podendo representar a decisão do enfermeiro, mãe e família (baseado em KING,1980).

Um exemplo de Processo de Enfermagem:

MP., solicitou a presença da enfermeira na Unidade de A.C. para relatar que deseja, porém, não consegue amamentar, porque sente muita dor no local da episiorrafia.

| LISTA DE PROBLEMAS                              | IDENTIFICAÇÃO |      |       | OBJETIVO   |
|---|---------------|------|-------|--|
|   | MAE           | ENF. | AMBOS |  |
| 1. Dificuldade de amamentar e desejo de fazê-lo | X             |      |       | 1. Fazer com que a mãe tenha condições de amamentar. |
| 2. Dor ao sentar-se, no local da episiorrafia.  | X             |      |       | 2. Diminuir ou eliminar a dor no local.              |

Plano Assistencial:

Objetivos: fazer com que a mãe tenha condições de amamentar.

Conceitos envolvidos: interação, papel, saúde, doença, crescimento e desenvolvimento, self, stress.

Plano:

- . aproximar a criança da mãe de 1:30 horas;
- . propiciar ambiente agradável;
- . fazer com que a mãe sente-se de forma cômoda e correta para amamentação;
- . orientar a mãe e manter-se calma e a concentrar-se no que está fazendo.

Objetivo: diminuir ou eliminar a dor no local da episiorrafia.

Conceitos envolvidos: saúde/doença, interação, stress.

Plano:

- . orientar a mãe sobre dúvidas que a mesma tenha sobre e episiorrafia;
- . observar sinais de infecção no local;
- . solicitar ao médico medicação analgésica.

Evolução Diária:

S: Paciente refere diminuição da dor após o início da medicação; ter deambulado e, que já consegue sentar-se, quer mais informações sobre higiene da episiorrafia quando estiver em casa.

O: Episiorrafia com bom aspecto, sem sinais de infecção, medicada conforme prescrição médica. Consegue fazer

higiene sozinha (independente para o auto-cuidado ) .  
Consegue sentar-se para proceder amamentação, segue ori-  
entações.

A: Demonstra interesse acerca dos cuidados e carência de  
informações.

P: Orientar sobre os cuidados com a episiorrafia em casa.  
Estimular a mãe a participar da palestra para puérparas  
após aviso de alta hospitalar. Prestar orientação à  
mãe, sempre que a mesma solicitar.

## CONCLUSÃO

Para elaboração deste projeto contamos com conhecimentos adquiridos durante as fases anteriores do curso de Graduação em Enfermagem. Além destes, houve necessidade de muito estudo e pesquisa, a procura de novos conhecimentos.

Sentimos grande dificuldade em encontrar bibliografias pois não há uma concomitância entre alterações físicas, fisiológicas e psicológicas da gestante nos períodos de pré-parto/parto/puerpério. Mas de qualquer forma, isto tornou-se um desafio para nós.

Assim como, o estudo da teoria de Imogene King, até então para nós desconhecida, tornou-se um referencial para o desenvolvimento de nosso projeto de assistência.

Estamos com grande expectativa em relação aos resultados que iremos obter, pois sabemos que existem diversas limitações na aplicação de uma teoria, principalmente em um hospital de um país de 3º mundo.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALBUQUERQUE, G.L. de. Resumo da teoria de Imogene King, Mestrado da UFSC, Fpolis, 1986/1.
2. BARBIERE, D.L. & TSUNECHIRO, M.A. Assistência à partu - riente: alguns aspectos psicossociais. Rev.
3. BENSON, R.C. Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia, 2a. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koo - gan, 1980.
4. BITENCOURT, J.C.C. e DOMINGUES, V. Proposta de assistên - cia de enfermagem aos indivíduos hospitalizados com problemas crônicos e ou suas famílias durante o pro - cesso de ( interação) transição hospitalar/casa. Pro - jeto e Relatório apresentado na VIII fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, Fpolis, Dezembro/87.
5. BOEHS, A.E. Assistência ao RN e sua família baseado num Marco Conceitual, projeto de dissertação apresen - tado na disciplina de prática assistencial do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, Fpolis, Dezembro / 88.
6. DELASCIO, Domingos, Obstetrícia normal, Briquet, 3a. ed. São Paulo, Sarvier, 1981.
7. FREITAS, F.N.; COSTA, S.M. Rotinas em obstetrícia, Porto



Alegre, Artes Médicas, 1989.

8. KING, I.A. A theory for nursing: systems, concepts , process. New York, John Willy & Sons, 1981.
9. MALDONADO, M.T.P. Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério, 7a. ed., Petrópolis, Ed. Vozes, 1985.
10. MARCON, S.S. Vivenciando a gravidez, Fpolis, 1989.
11. MELEIS, A.I. Theoretical nursing, development & progress, J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1985.
12. NEVES, E.P. Apresentação resumida dos elementos das teorias de enfermagem de Dorothea Orem, Martha Rogers, Imogene King e Calista Roy, para o III Encontro de Enfermagem da Região Sul, UFSC, Dezembro/83.
13. NEVES, E.P. Teoria de Imogenes M.King: A Theory for nursing, systems, concepts, process, New York, John Wiley & Sons, 1981.
14. NITSCHKE, R.G. Nascer em família. O caminho da interação familiar. Projeto de dissertação a ser apresentado no Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, Dezembro/88, Fpolis.
15. NUNES, Mylla; LEONARDO, Koerich. Educação para a saúde. Uma proposta de orientação a mãe primipara, Fpolis, Dezembro/87.
16. PIZZATO, M.G. DA PAIM, V.R.L. Enfermagem neonatológica, 2a. ed., Porto Alegre OC, Luzzato editores Ltda, 1988.
17. REZENDE, J.D. et alli. Obstetrícia, 3a. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974.
18. SANTOS, S.M.A. dos, Projeto para prática assistencial com indivíduos idosos que estejam institucionaliza-

dos, Mestrado em Enfermagem da UFSC, Fpolis, Dezembro/88.

19. SILVA, S. Percepção de gestantes sobre o período gestacional (Projeto de pesquisa), Pós-Graduação em Enfermagem à nível de mestrado, UFSC, Fpolis, 1987.
20. ZIEGEL, E.E. Enfermagem obstetrícia, 7a. ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.

## ANEXO 1

### ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

#### Percepções no pré-parto/parto

Saúde - . a que horas começou a sentir os primeiros sinais do TP

. quantas contrações por minuto

Doença: - . ansiedade demonstrada

Papel - . tornar-se mãe

. vivenciar o parto

. qual o papel do RN na família

Interação:- . c/ a família (reações do RN)

. c/ o pessoal de enfermagem

. c/ o RN

. ambiente

Crescimento: - . gestação

e Desenvol- . como vive o momento de passagem de  
vimento transição esperando e tendo o filho

. como pensa que será o desenvolvimento do bebê

Imagem: - . o que pensa que vai acontecer ao seu corpo  
Corporal após o parto

. como sente perder o símbolo de tornar - se

- maẽ repentinamente
- . . como imagina ser o bebê
- Sel: - . qual a sensação de estar grávida
- . como sente-se agora
- Ser Hu: - . o que ela espera do RN
- mano . quais os sentimentos dela em relação ao RN
- Stress: - . como sente-se em relação ao processo do
- trabalho de parto
- . o que mais lhe preocupa no trabalho de par
- to
- . sente-se sozinha aqui na sala de pré-parto
- Espaço: - . como está vivenciando este período
- e tempo . suas expectativas em relação ao trabalho
- de partão estão sendo atingidas?

#### Percepções no Puerpério

- Saúde: - . como transcorreu o parto
- . suas expectativas foram atingidas?
- . qual a duração do trabalho de parto
- Doença:- . aconteceu alguma anormalidade?
- Papel: - . o que achou do papel desempenhado no nasci-
- mento do filho
- . o que pensa sobre o papel de maẽ
- . como acha que vivenciará seus papéis no lar
- Interação: - . como está a sua relação com a criança
- . com a família
- . com o pessoal de enfermagem
- . como vê a relação pai/RN .
- . como vê a relação enfermeiro/RN

Crescimento e: - . como sente-se desempenhando o papel  
Desenvolvimento de mãe

. houve algum aprendizado para a sua  
vida.

Imagem: - . como percebeu a mudança de seu corpo após o  
Corporal parto

. o que acha do aspecto físico do seu filho  
. o que acha de amamentar  
. qual sua expectativa em relação ao marido  
. o que o pai acha da criança

Self: - . como sente-se sendo mãe

. como sente-se em relação a criança e ao pai

Ser Hu: - . como vê o bebê

mano . como o pai vê o bebê

Stress: - . o que considera preocupante nesta fase

Espaço e: - . o que acha do alojamento conjunto

Tempo . que tipo de orientação espera receber

#### Percepções da Enfermeira no pré-parto e parto

- . Verificação dos sinais vitais a cada 60'
- . observação dos forros perineais(sg. líquido, aspecto)
- . manter jejum
- . ausculta dos BCF
- . controle das contrações
- . comunicar casos de cefaléia intensa, distúrbio visual,  
dor abdominal não relacionada as contrações
- . encaminhar primigesta à sala de parto quando a apre -  
sentação estiver o piríneo

- . Verificar PA
- . administrar medicações prescritas
- . dar apoio psico-emocional à primigesta
- . encaminha-la para o alojamento conjunto

#### Percepções da Enfermeira no puerpério

- . verificar os sinais vitais
- . fazer exame físico na mãe
- . administrar medicação prescrita
- . observar sangramento ( características e quantidade)
- . auxiliar a mãe na identificação e exploração do RN
- . auxiliar na amamentação
- . auxiliar e ou orientar na higiene do RN
- . realizar exame clínico na admissão do RN, registrar as condições evidenciadas, avaliar e atualizar a prescrição de enfermagem
- . supervisionar os procedimentos realizados pela mãe
- . preparar a alta do RN
- . reforçar e complementar no momento da alta, as informações solicitadas pela mãe.

## RELATÓRIO

## RETRATO DE MAE

" Uma simples mulher existe que, pela imensidão de seu amor, tem um pouco de Deus; e pela constância de su dedicação, tem muito de anjo; que, sendo moça, pensa como uma anciã e, sendo velha, age com as forças todas da juventude; quando ignorante, melhor que qualquer sábio desvenda os segredos da vida, e, quando sábia, assume a simplicidade das crianças; pobre, sabe enriquecer-se com a felicidade dos que ama, e, rica; empobrecer-se para que seu coração não sangue ferido pelos ingratos, forte, entretanto estremece ao choro de uma criancinha, e, fraca, entretanto se alteia com a bravura dos leões; viva, não lhe sabemos dar valor porque à sua sombra todas as dores se apagam, e, morta, tudo o que somos e tudo o que temos daríamos para vê-la de novo, e dela receber um aperto de seus braços, uma palavra de seus lábios. Não exijam de mim que diga o nome dessa mulher, porque eu a vi passar no meu caminho. Quando crescerem seus filhos, leiam para eles esta página: eles lhes cobrirão de beijos a fronte; e dirão que um pobre viandante, em troca da suntuosa hospedagem recebida, aqui deixou para todos o retrato de sua própria MAE."



#### AGRADECIMENTOS

À professora Ingrid Elsen; nossa orientadora.

À enfermeira Silvana Mara Janning Prazeres ,  
nossa supervisora.

Aos funcionários do Centro Obstétrico do Hospital Homero de Miranda Gomes.

Aos funcionários da Unidade Obstétrica do Hospital Homero de Miranda Gomes, e as pacientes.

## S U M Á R I O

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO .....                   | 01 |
| CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES ..... | 03 |
| ESTUDOS DE CASOS .....             | 10 |
| AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS .....      | 29 |
| AVALIAÇÃO DO MARCO .....           | 31 |
| AVALIAÇÃO DO PROCESSO .....        | 33 |
| BIBLIOGRAFIA .....                 | 36 |
| ANEXOS .....                       | 37 |

## INTRODUÇÃO

Este planejamento foi elaborado pelas acadêmicas, Carmem Lillian Brum Marques e Stella Maris de Carvalho, da VIIIa. Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. Conta com a Orientação da Professora Doutora em Enfermagem Ingrid Elsen e com a Supervisão da Enfermeira Silvana Mara Janning Prazeres, Chefe do Setor de Obstetrícia do Hospital Regional de São José, Dr. Homero de Miranda Gomes, vinculado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

O estágio realizar-se-á no período de 11/09 a 19/12/89, num total de 300 horas/aluno. O campo de estágio compreenderá a Unidade Obstetrícia, com exceção da sala de parto e unidade neonatal, onde iremos somente quando necessário e ou convidadas.

Optamos por realizar o projeto na área de obstetrícia, pois sempre houve uma identificação. Sentimos que o caminho para melhor assistência de enfermagem deveria ser através da interação, pois só assim conseguiremos uma efetiva troca de informações bem como uma melhor educação em saúde, favorecendo desta forma, o vínculo materno-filial e melhor adaptação da primípara no seu novo papel.

## S U M Á R I O

|   |     |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO .....  | 01  |
| OBJETIVOS .....   | 02  |
| REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....                             | 04  |
| ADAPTAÇÃO DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA COMPARADA AOS CONCEI |     |
| TOS .....   | 53  |
| MARCO CONCEITUAL .....                                  | 91  |
| PROCESSO .....  | 114 |
| CONCLUSÃO .....   | 119 |
| BIBLIOGRAFIA .....                                      | 120 |

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um relatório e laborado pelas acadêmicas de enfermagem CARMEM LILIAM BRUM MARQUES e STELLA MARIS DE CARVALHO, referente ao projeto Proposta de Assistência de Enfermagem a Primipara e seu Filho, baseado na Teoria de Imogene King, realizado no Hospital Regional de São José DR, Homero de Miranda Gomes. Foi elaborado no período de 27/09/89 à 30/11/89 e orientado no período de 27/09/89 e orientado pela Doutora em Enfermagem Ingrid Elsen.

Este relatório visa avaliar os resultados obtidos com a implementação dos objetivos traçados no planejamento.

Deiman considera que:

"... a avaliação é essencialmente o processo de determinar a medida em que se tenha alcançado os objetivos previamente selecionados".

Segundo Kron:

"... avaliação é um processo de determinar o valor que algo possui na obtenção dos objetivos pré-estabelecidos".

Acreditamos que esta avaliação é de fundamental importância, porque possibilita a verificação das falhas do planejamento e a mensuração da qualidade da produção.

Este relatório está apresentado de forma discritiva, expondo os resultados com clareza, favorecendo a compreensão.

Kron afirma que:

"... os registros e relatórios contém prova da efetividade do grupo e são fundamentais para a boa administração".

Sendo que uma boa avaliação:

"... exige julgamento profissional para estabelecer padrões de enfermagem e determinar quanto satisfatoriamente eles foram atingidos níveis diferentes de excelência na prática de enfermagem"

(Kron, 1981, p.197)

## CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES ESTUDADAS

Para melhor entendimento, resolvemos caracterizar nossa clientela. Os dados apresentados em sua maioria foram coletados do prontuário.

TABELA Nº 01

Estado civil X idade das mães estudadas.

| IDADE   | EST.CIVIL | SOLTEIRA | CASADA | TOTAL |
|---------|-----------|----------|--------|-------|
| 14 - 16 |           | 04       | 01     | 05    |
| 17 - 20 |           | 02       | 07     | 09    |
| 21 - 24 |           | 07       | 01     | 08    |
| 25 - 30 |           | 04(x)    | -      | 04    |
| TOTAL   |           | 17       | 09     | 26    |

(x) - Duas das pacientes de idade entre 25-30 anos são secundigestas.

Vimos através da tabela 01 que 54% das pacientes estudadas, estão na faixa entre 14 e 20 anos, que segundo a Revisão de Literatura apresentada são adolescentes.

Notamos também que 65% são solteiras sendo que das 17 pacientes, apenas duas não possuem companheiros.

TABELA Nº 02

Procedência das pacientes.

| LOCALIDADE        | NÚMERO |
|-------------------|--------|
| São José          | 09     |
| Palhoça           | 09     |
| Florianópolis     | 03     |
| Biguaçu           | 02     |
| Paulo Lopes       | 01     |
| Sto Amaro         | 01     |
| São Pedro de Alc. | 01     |
| TOTAL             | 26     |

A procedência da maioria das pacientes do estudo , foram de São José e Palhoça. Devido, provavelmente, a proximidade da maternidade destas localidades.

TABELA Nº 03

Escolaridade das pacientes.

| ESCOLARIDADE  | NÚMERO |
|---------------|--------|
| Primária      | 04     |
| 1º grau inc.  | 02     |
| 1º grau comp. | 01     |
| 2º grau inc.  | 01     |
| 2º grau comp. | 04     |
| Superior inc. | 01     |
| Dados incomp. | 13     |
| TOTAL         | 26     |



O dado escolaridade, em 13 casos não encontrava - se completo no prontuário, após termos que 07 pacientes es tavam na faixa do 1º Grau, sendo que apenas 01 incomple to.

TABELA Nº 04

Categoria social das pacientes.

| CATEGORIA SOCIAL       | NÚMERO |
|------------------------|--------|
| INAMPS                 | 12     |
| IPESC                  | 02     |
| SUDS                   | 09     |
| Dados Incomple-<br>tos | 03     |
| TOTAL                  | 26     |

Quanto a categoria social, 12 das 26 pacientes fo ram internadas pelo INAMPS e 09 pelo SUDS.

TABELA Nº 05

Tipo de parto/idade.

| Tipo de Parto<br>idade | PN | PV | TOTAL |
|------------------------|----|----|-------|
| 14 - 16                | 04 | 01 | 05    |
| 17 - 20                | 05 | 04 | 09    |
| 21 - 24                | 05 | 03 | 08    |
| 25 - 30                | 04 | -  | 04    |
| TOTAL                  | 18 | 08 | 26    |

Quanto ao tipo de parto 69% deles foram normais , a maioria, os partos cesarianas ocorreram sempre por problemas, como sofrimento fetal agudo, crise eclâmptica com convulsões, desproporção cefalo-pélvica. Nenhum dos partos cesariana foi eletivo.

TABELA Nº 06

Visitas domiciliares

| VISITA DOMICILIAR            | NÚMERO |
|------------------------------|--------|
| visitas feitas               | 09     |
| não precisavam               | 09     |
| não aceitavam                | 05     |
| não encontradas              | 02     |
| não foi feita <sup>(x)</sup> | 01     |
| TOTAL                        | 26     |

(x) Incompatibilidade dos horários de ônibus.

Realizamos as visitas domiciliares, aos mais diversos locais fomos da Costeira do Pirajubaé a São Pedro de Alcântara. Nove(09) pacientes não necessitaram visitas, avaliamos isso no momento das orientações, no quarto onde procurávamos captar seu conhecimento e interesse.

TABELA Nº 7

Problemas encontrados e trabalhados no pré-parto.

| PROBLEMAS NO PRÉ-PARTO                         | NÚMERO |
|--|--------|
| Dor no baixo ventre                            | 04     |
| Ansiedade gerada pela contração                | 13     |
| Ansiosas para ter o bebê                       | 06     |
| Necessidade de contato físico                  | 14     |
| Medo das dores /sala de parto                  | 03     |
| Dores fortes                                   | 02     |
| Descobrimento do que ocorre no parto           | 03     |
| Incomôdo ao exame de toque                     | 02     |
| Dilatação total espera descida do con<br>cepto | 01     |
| Não segue orientações                          | 01     |
| Em oxigenioterapia + DLE                       | 02     |
| Acha que deveria ser mais corajosa             | 01     |
| Encaminhada para cesária de emergên<br>cia     | 01     |
| Sem problemas                                  | 01     |
| TOTAL  | 60     |

O problema que mais se destacou no pré-parto foi a questão do contato físico. Para nós uma situação nova que necessita aprofundamento. As mães normalmente nos queriam o tempo todo a seu lado, acreditamos que quando às orientávamos, o seu nível de segurança aumentava, tornando mais fácil o decorrer do trabalho de parto. Acreditamos também que esta necessidade é decorrente do afastamento da família, num momento de crise, onde a paciente

se apoia em qualquer pessoa que lhe dê a mão.

TABELA Nº 08

Problemas encontrados no pós-parto.

| PROBLEMAS NO PÓS-PARTO                                  | NÚMERO |
|---|--------|
| Desinteresse pelo RN                                    | 02     |
| Querer ir para casa                                     | 03     |
| Falta de informações sobre o cuidado com o RN e consigo | 03     |
| Dor no local da episiorrafia edema, esquimose           | 02     |
| Inexperiência no cuidado ao RN(manuseio)                | 01     |
| Amamentação   | 05     |
| RN chora demais   | 01     |
| Dor na incisão cesareana                                | 01     |
| Medo de fazer curativo no coto umbilical                | 01     |
| Mãe não desce para ver RN no berçário                   | 02     |
| Alimentação em casa, só sopa                            | 01     |
| Sem problemas   | 10     |
| TOTAL   | 32     |

No pós-parto, geralmente as pacientes tinham problemas, pode-se dizer que estavam adaptadas e desempenhando o novo papel. O segundo item que apareceu, foi amamentação, onde parecia ter o maior número de ações errôneas ; como por exemplo: "ele só pega um seio, no outro ele não

## AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

- Específicos: 1- Marco conceitual como uma realização:

A elaboração do marco , primeira etapa do projeto, sendo necessário uma revisão bibliográfica sobre a Teoria da Imogene King, onde a maioria dos textos pesquisados, eram traduzidos para situações específicas e ou em inglês.

Os conceitos foram adaptados à revisão de literatura, sobre a mãe no período de pré-parto, parto e puerpério, o que nos forneceu subsídios para trabalhar no processo de enfermagem.

### 2- Processo de enfermagem

O processo de enfermagem foi baseado logo após o marco conceitual, tendo como base o processo de Imógene King.

Foi o item que mais exigiu aperfeiçoamentos durante o desenvolvimento do projeto.

3- Fazer revisão de literatura sobre a mulher no período grávido, puerperal e RN.

A revisão foi feita durante a elaboração do projeto e no transcorrer do mesmo, foi complementado com os itens : gravidez na adolescência, síndrome do

desconforto respiratório, pré-eclâmpsia e eclampsia e RN.

4 - Cronograma.

Foi elaborado no decorrer do estágio de acordo com a situação.

5 - Fazer Relatório

A elaboração do relatório, deu-se no período de 1/12 a 15/12/89.

6 - Avaliar o marco conceitual e o processo de enfermagem.

Foi avaliado durante a elaboração do relatório.

Prático:

- 1 - O objetivo foi atingido em toda a sua totalidade , pois trabalhamos com 26 parturientes, sendo que destas 24 eram primíparas e duas secundíparas, e das 24, duas eram de puerpério patológico.
- 2 - O objetivo foi atingido em toda a sua totalidade , sendo que das 24 primíparas, 2 RN apresentavam patologias neonatais.
- 3 - Foram realizadas nove visitas, nove pacientes não demonstraram necessidades, quatro pacientes não aceitaram a visita, duas não foram encontradas pelo endereço indicado, 1 não realizada por incompatibilidade no horário de ônibus.
- 4 - Foram realizadas 10 palestras, o roteiro e o assunto das palestras, constam no anexo

NOME- S.M.H. IDADE: 27 anos  
ESTADO CIVIL: casada ESCOLARIDADE: primária  
PROFISSÃO: do lar PROCEDÊNCIA: Santo Amaro  
ENDEREÇO: Francisco Turnes s3nº - p/venda Rogério -  
Sul do Rio  
CATEGORIA: SUDS RESP.PELA INTERN.: Aldamir Cunha (espos-  
so)  
ANTECEDENTES: DATA DE INTERNAÇÃO: 11/10/89-Hora:1:30  
DATA DO PARTO: 11/10/89 -Hora:13:59  
SEXO: F APGAR: 8/9 PESO: 3610 g.  
PESSOAIS: -  
FAMILIARES: -  
GINECOLÓGICOS: menarca aos 16 anos.  
OBSTÉTRICOS: -  
GEST.: I PARA: 0 DUM:16/1/89 -DPP:26/10/89  
EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ: fez pré-natal  
MEDICAÇÃO: -  
Tsg: A positivo

Primiparturiente chegou ao centro obstétrico calma , orientada quanto aos exercícios respiratórios deambulação e decúbito lateral esquerdo, apenas referindo dores na região lombar e baixo ventre.

Refere: "sempre ter tido medo de engravidar por causas das contrações", "será que vou ganhar logo", "gostaria que viessem me visitar e ver meu filho". Bolsa rota artificialmente, líquido claro, dilatação 2 cm.  
BCF 128 bpm.

| PROBLEMA   | IDENTIFICADO |      |              | REFLEXÕES   | CONCEITOS           | OBJETIVOS   |
|--|--------------|------|--------------|---|---------------------|---|
|  | PRIM.        | ENF. | ENF. x PRIM. |   |                     |   |
| Sempre teve <u>me</u> do de engravidar, por causa das contrações (ansiedade) |              |      | X            | Apesar de referir ter <u>me</u> do das contrações, <u>desem</u> penha satisfatóriamente seu papel, dizia "Deus, dai-me força, porque coragem eu tenho". | self, papel         | ansiedade da paciente.<br>auxiliando no desempenho do papel.            |
| Será que vou ganhar meu filho até o meio dia?                                |              |      | X            | Paciente referiu que <u>gos</u> taria de ganhar logo <u>pa</u> ra que viessem visitá-la.  | self, stress, tempo | Diminuir ansiedade da paciente em relação ao tempo de trabalho de parto |
| Necessidade de contato físico  |              |      | X            | "Não me deixe sozinha", é como se fosse uma força a mais, um apoio.   | self, interação     | Dar segurança à paciente  |



| PROBLEMA  | IDENTIFICADO |      |             | REFLEXÕES                  | CONCEITOS           | OBJETIVOS  |
|---|--------------|------|-------------|----------------------------|---------------------|--|
|   | PRIM.        | ENF. | ENF. x PRIM |                            |                     |  |
| Quero ir para casa, tenho saudades do meu colchão |              |      | X           | "nunca dormi fora de casa" | self, tempo, espaço | fazê-la aceitar tempo de permanência na maternidade. |

viesses me visitar".

O - menos ansiosa após orientações sobre o processo e duração do trabalho de parto, ao saber que a acompanharia durante sua permanência na maternidade.

A - seguia corretamente as orientações.

P - Orientar no A.C.

#### 1º DIA PÓS-PARTO:

Paciente encontrava-se deitada, referiu estar me esperando para conversarmos, e querer ir para casa, pois está com saudade do seu colchão.

Com bom aspecto, mamas flácidas, mamilos protrusos, presença de colostro, útero retraído, palpável, abaixo da cicatriz umbilical, sangramento moderado.

RN encontrava-se dormindo, suga bem, coto umbilical com aspecto gelatinoso, urinou e evacuou.

#### Plano:

1. Fazê-lo aceitar o tempo de permanência da maternidade - de:

- informá-la sobre o tempo de permanência na maternidade;
- informá-la sobre a importância deste;

S - paciente refere estar esperando-me para conversar, e quer ir embora, pois está com saudades de seu colchão.

O - realiza corretamente cuidados com RN.

A - paciente bem orientada quanto aos cuidados relacionados a ela e ao RN.

P - não necessita de visita domiciliar.

### Plano:

1. Diminuir ansiedade da paciente em relação ao trabalho de parto, auxiliando no desempenho do papel;
  - Orientar como, quando e porque as contrações;
  - Orientar quanto ao limiar da dor;
  - Informá-la a respeito do aumento das contrações;
  - Orientar quanto aos exercícios respiratórios, deambulação e D.L.E.;
  - Controlar dinâmica uterina;
  - Reforçar sempre que necessário as orientações.
2. Diminuir a ansiedade da paciente em relação ao tempo de trabalho de parto(T.P.):
  - Orientar a paciente sobre média de horas da duração do T.P., em primiparas;
  - Mantê-la informada ao andamento do seu T.P.;
  - Assegurar-lhe sempre que possível, que tudo corre bem.
3. Dar segurança a primiparturiente:
  - Segurar a mão;
  - Massagear as costas(região lombar);
  - Secar o suor (acariciando);
  - Permanecer ao lado da paciente;
  - Elogiar os esforços;
  - Ouvi-la.

### Evolução:

S - paciente referi: "medo de engravidar, por causa das contrações; será que vou ganhar logo? gostaria que

gosta". "Este seio tem mais leite, o outro quase não tem nada". "Não vou amamentar agora, acabei de almoçar , faz mal".

NOME: L.C.S IDADE:14 anos  
ESTADO CIVIL: casada ESCOLARIDADE: -  
PROFISSÃO: do lar PROCEDÊNCIA: São José  
ENDEREÇO: Eugênio Portela, 252 Barreiros  
CATEGORIA: SUDS RESP.PELA INTERNAÇÃO: Zélia C.da Silva  
(mãe)  
ANTECEDENTES: DATA DE INTERNAÇÃO: 13/11/89 HORA:6:00  
DATA DO PARTO: 13/11/89 HORA:10:03 hs  
SEXO: F. PARTO: N PESO 3.600 g. APGAR: 9/9  
PESSOAIS: cirurgia p/ correção estenose aórtica 5 anos  
comissur.  
FAMILIARES: pai diabético  
GINECOLÓGICOS: menarca aos 12 anos, C.M. irregulares.  
OBSTÉTRICOS: sp.  
GEST: I PARA O DUM 27/1/89 DPP: 7/11/89  
EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ: sp  
MEDICAÇÃO: -  
Tsg: A positivo.

Primiparturiente chegou à unidade do centro obstétrico aparentemente calma(comunicativa), controlada, apenas referindo dores no baixo ventre e região lombar (contrações).

SV PA: 14 x 7 P:80. BCF:136 DU:50"45'50"45"(4/10)

Além de ser considerada uma paciente de risco por possuir pouca idade(14 anos), há cinco anos realizou cirurgia cardíaca para correção de estenose aórtica(comissu rotomia).

Após um primeiro contato, minha companhia tornou-se

indispensável para com ela, sendo que por várias vezes solicitou-me que não saísse de perto e, de preferência segurasse sua mão apertando-a firmemente.

No momento da internação, encontrava-se com 5 cm de dilatação, bolsa íntegra, BCF mantendo-se em 128 bpm.

Foram realizados pelo menos 3 toques, onde a paciente demonstrava pouca ansiedade, respondendo corretamente às orientações.

Houve rutura artificial da bolsa com presença de líquido claro e com dilatação de 8 cm às 8 h. BCF 140.

A duração do trabalho de parto foi de aproximadamente 10 horas.

| PROBLEMA                      | IDENTIFICADO |      |          | REFLEXÕES  | CONCEITOS           | OBJETIVOS  |
|-------------------------------|--------------|------|----------|--|---------------------|--|
|                               | PRI.         | ENF. | ENEXPRIM |  |                     |  |
| Ansiedade em relação à dor    |              |      | X        | Apesar da pouca idade (14 anos), desempenhou muito bem o seu papel de mulher-mãe, sem escândalos | self, papel, stress | ansiedade da paciente.<br>. auxiliando no desempenho do papel. |
| necessidade de contato físico |              |      | X        | Como foi importante minha companhia para ela   | self                | dar segurança à paciente                                       |

### Plano:

1. Diminuir a ansiedade da paciente em relação ao trabalho de parto, auxiliando no desempenho do papel:

- orientar como, quando e porque ocorre a contração;
- orientar quanto ao limiar da dor;
- informá-la a respeito do aumento das contrações;
- orientar quanto aos exercícios respiratórios, deambulação e DLE;
- controlar dinâmica uterina;
- reforçar sempre que necessário as orientações.

2. Dar segurança:

- segurando-lhe as mãos;
- massageando as costas ( região lombar);
- secando o suor (acariciando);
- permanecer ao lado da paciente;
- elogiar os esforços;
- ouvi-la.

### Evolução:

S - Primiparturiente referia cada vez que a estudante a fastava-se "Não demora muito". "fica comigo". Após o parto, agradeceu por ter ficado com ela.

O - Aparentemente tornou-se mais segura com a presença da estudante, embora demonstrasse um ótimo controle das suas emoções. Paciente bem orientada, aceitando e executando afetivamente os procedimentos contidos no plano.

A - Necessita reforços nas orientações.

P - Orientar no A.C.



**1º DIA PÓS-PARTO:**

Paciente encontrava-se deitada, havia tomado o café da manhã, feito higiene oral e corporal. Com bom aspecto, seios com presença de colostro, útero retraído abaixo da cicatriz umbilical, sangramento moderado.

RN dormindo, calmo, pele rosada, urinou e evacuou, suga bem o seio materno, coto umbilical gelatinoso.

| PROBLEMA  | IDENTIFICADO |      |                | REFLEXÕES   | CONCEITOS | OBJETIVOS   |
|---|--------------|------|----------------|---|-----------|---|
|   | PRIM.        | ENF. | ENF.X<br>PRIM. |   |           |   |
| Falta de informação em relação aos cuidados com o RN e <u>caso</u> siggo. |              | X    |                | Apesar de saber tratar o RN, necessitará algumas informações específicas. | Papel     | Auxiliar a primipara no desempenho ao papel de mãe. |

Plano:

1. Auxiliar a primiparturiente no desempenho do papel de mãe:

- orientar a paciente nos cuidados com o RN (amamentação, curativo do coto umbilical, após queda do coto, banho de sol, corte das unhas, vestuário, caderneta de saúde, vacinação, prevenção de assaduras, consulta médica);
- orientar a paciente nos cuidados corporais (higiene, alimentação, atividade sexual, amamentação, consulta médica, cuidado com os seios e episiorrafia).

Evolução:

- O - aceitou bem as orientações e, dentro do que observamos, desempenhou satisfatoriamente.
- A - Para sua idade era bem orientada, possuía conhecimentos básicos satisfatórios, grande interesse e carinho em aprender e pelo RN.
- P - Oferecer visita domiciliar.

Visita Domiciliar:

- S - Referiu estar me esperando, que está tudo bem com ela e com a nenê, e que pretende levá-la para fazer o teste do pézinho.
- O - Encontrava-se na casa da mãe, está bem, caíram os pontos da episiorrafia, amamentando regularmente o RN. RN está bem, a queda do coto umbilical deu-se por volta do 7º dia, sem problemas.
- A - Mãe com iniciativa para o cuidado com o RN e boa intenção do ecnômio.

NOME: S.S.F. IDADE: 14 anos  
ESTADO CIVIL: solteira ESCOLARIDADE: -  
PROFISSÃO: do lar PROCEDÊNCIA: Fpolis  
ENDEREÇO: Prof. Egidio Ferreira de Lazer, 93 -Monte Cristo - Fpolis.  
CATEGORIA- INAMPS-RESP. PELA INTERNAÇÃO : Lourival A.dos Santos(compañheiro).  
ANTECEDENTES: DATA DE INTERNAÇÃO: 24.10.89 -Hora:01:25  
DATA DO PARTO: 24.10.89 -Hora:13:42  
SEXO: Masc. PARTO: PC.raqui PESO: 2.800 g. APGAR:6/8  
PESSOAIS: A positivo  
FAMILIARES: avó diabética e hipertensa.  
GINICOLÓGICOS- nega  
OBSTÉTRICOS: nega  
GEST: I PARA O DUM: 16.01.89 DPP:26.10.89  
EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ: Anemia na gravidez, leucorréia pré-gestacional.  
MEDICAÇÃO: -

S. foi examinada no C.O. à 01:40, estava com 3 cm de dilatação e BCFs em 140 bpm. Entramos no C.O. por volta de 07:30 e S. caminhava pelo setor, volta e meia parava por causa da contração. Às 9:40 ocorreu rutura espontânea de membranas líquido meconial I. Com o rompimento da bolsa, as dores intensificaram principalmente no baixo ventre. Conversamos muito pouco, ela referiu ter alguns medos quando perguntei quais ou do que, ela não respondeu. Falou que iria deitar-se. Deitou-se na cama em DLE, conforme sugestão, as dores passaram ou diminuíram muito ,

pois ela até mesmo dormir. Por volta das 11:30 hs como o T.P. estava demorando, instalou-se SG 54<sup>o</sup> de syntoncinon, não houve reação por parte da paciente. Às 12:00 hs fomos embora e ocorreu o seguinte: às 12:30 a paciente foi examinada, estava com 6 cm de dilatação Bcf em 128 , foi encaminhada para cesárea de urgência por - eclâmpsia e crise convulsiva - sofrimento fetal agudo.

| PROBLEMA                 | IDENTIFICADO |      |             | REFLEXÕES   | CONCEITOS           | OBJETIVOS                                  |
|--------------------------|--------------|------|-------------|---|---------------------|--|
|                          | -PRIM.       | ENF. | ENF. x PRIM |   |                     |  |
| Dor no bai-<br>xo ventre |              | X    |             | Para esta primiparturien-<br>te a contração foi <u>somen-</u><br>te uma constatação,ela não<br>tornou-se ansiosa como<br>as outras. Quanto aos <u>se-</u><br>us medos, tenho a impres-<br>são, que era com o futu-<br>ro e não com o momento. | Stress f.,<br>self. | Minimizar a dor causada<br>pela contração. |

### Plano:

#### 1. Minimizar a dor causada pela contração:

- Orientar a paciente de como, quando, porque ocorre a contração;
- Orientar exercícios respiratórios, a deambulação e o decubito lateral Esquerdo, explicando a importância dos mesmos.

### Evolução:

- O - Primiparturiente muito jovem, um tanto alheia as orientações, não quis conversar, dormiu grande parte do tempo.
- A - Não houve interação efetiva entre acadêmica e primiparturiente.
- P - Tentar novamente a interação no A.C.

### 1º DIA PÓS-PARTO:

Fui encontrar S. na UTI, quando cheguei a seu lado estava de olhos fechados e só os abriu porque o médico chegou. Então eu lhe cumprimentei e perguntei como estava "Bem". O médico a examinou e logo saiu e eu então perguntei o que houve "não sei, não lembro de nada". Não achei conveniente ficar muito mais tempo, pois ela falava e fechava os olhos, dava a impressão de querer cortar a conversa.

## 2º DIA PÓS-PARTO

No A.C. já estavam mãe e RN no quarto, quando lhe perguntei novamente como estava, a mesma resposta "bem " e o bebê "chorou à noite". É uma mãe que sabe como cuidar do bebê, como segurá-lo, mas sem paciência.

Quando o bebê chorava, não se dava ao trabalho de levantar para vê-lo, de longe apenas dizia "Fica quieto piá", quando sugeri que poderia ser fome "acabei de dar mamá". "Quem sabe você pega ele no colo, pode ser saudade da mãe...". Pegara o bebê a muito contra-gosto e por pouco tempo. Quando sugerimos uma visita, para quem sabe ajudá-la, disse que não precisava, pois sua mãe lhe ajudaria.

Mesmo assim fiquei de ir.

## Plano:

## 1. Melhorar interação mãe-filho:

- orientar a mãe sobre os cuidados com o RN;
- explicar-lhe a importância dela para o bebê (interação);
- oferecer-lhe métodos que possam fazer o bebê tornar-se mais calmo (não chorar tanto).

## Evolução:

- 0 - Mãe desinteressada do filho, parecia haver preocupações com o futuro e não com o momento, nada pude descobrir. Quando estávamos orientando ela e outra paciente, ela não prestava atenção a tal ponto que



| PROBLEMA                                   | IDENTIFICADO |      |            | REFLEXÕES  | CONCEITOS       | OBJETIVOS                         |
|--|--------------|------|------------|--|-----------------|-----------------------------------|
|  | PRIM.        | ENF. | ENF.x PRIM |  |                 |                                   |
| Desinter <sup>es</sup><br>se pelo<br>filho |              | X    |            | Interação, estando alte-<br>rado juntamente com o<br>self, fatalmente, vai al-<br>terar o papel, mas no mo-<br>mento não é o que está<br>em evidência. | Interação, self | Melhorar interação, mãe<br>filho. |

quando lhe chamávamos o nome, ela assustava-se.

A - Interação mãe-filho prejudicada pelo desinteresse da mãe. Orientações sem efeitos.

P - Fazer visita domiciliar. - Não encontrado.

## AVALIAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL

Dos conceitos utilizados, o que mais se destacou foi o SELF, pois estava presente permeando todas as situações, assim como a percepção.

Existem outros conceitos que não são variáveis e são sempre presentes na situação de enfermagem, são eles: Enfermagem, ser humano e família.

Imagem corporal - era uma situação presente, on de as primiparturientes preocupavam-se mais consigo mesmas do que com a vinda do filho.

Crescimento e desenvolvimento - estava presente, mais como uma meta (boa adaptação da parturiente a esta situação) do que como um conceito.

Espaço e tempo - obteve mais destaque no período de pré-parto, não estando ausente no puerpério.

Saúde/doença - foram vistos mais como limites do stress, do que como conceito sempre presente.

Interação - foi utilizado por nós, como meio de aplicar o processo de enfermagem, e foi observado como um conceito trabalhado no binômio mãe-filho. Dentro deste conceito obteve destaque a interação

mae-enfermeira, pela grande necessidade de contato físico apresentado por ela.

Papel - observamos a importância do papel desempenhado por nós na sala de pré-parto, pois percebemos que havia necessidade por parte das pacientes da presença de uma pessoa ao seu lado, já que as mesmas encontravam-se afastadas da família, algumas por longo tempo, outras sentindo dores, necessitando de alguém como apoio. Quanto ao papel desempenhado pelas mães, percebemos grande desconhecimento ao que estava ocorrendo e iria ocorrer, isso torna-as mais ansiosas elevando o nível de stress, prejudicando-lhe o desempenho do papel, podendo levar a uma situação de doença.

Stress - obteve destaque, principalmente no período de pré-parto, onde a ansiedade aumentava os seus níveis, podendo chegar à situação de doença.

Comunicação - primeira a situação e como conceito esteve pouco presente, apesar de ter havido resistência por parte de algumas pacientes; mesmo assim não deixou de existir.

Transação - na maior parte dos casos, a transação se fez presente, sempre havendo alcance das metas planejadas.

Sistema social - são conceitos sempre presentes, mas de forma mais obscura, influenciavam diretamente na interação com as pacientes, bem como nossa interação com os funcionários.

## AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A implementação do processo na prática foi uma constante busca para torná-lo mais eficiente. Exigiu de nós um constante relembrar dos conceitos contidos no marco , tentando agrupá-los à prática.

O processo de enfermagem de King , adotado por nós mostrou-se eficiente, necessitando ser ajustado à situação do estudo.

Acreditamos ser viável o processo de enfermagem na prática, exigindo assim, como exigiu de nós alguns ajustes no sistema de registro de dados, bem como o treinamento dos funcionários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto realizado no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes - Proposta da Assistência de Enfermagem à Primípara e Seu Filho, baseado na Teoria de Imogene King, foi posto em prática em todo a sua totalidade, houveram momentos de satisfação , bem como de frustração. Foi um desafio o qual saímos vitoriosas, apesar de todas as dificuldades encontradas, conseguimos superá-las.

Trabalhar com um marco, foi uma experiência nova e a aplicação de uma Teoria em uma unidade, tornou-se eficiente, além de nossas expectativas.

Foi muito gratificante planejar, executar e avaliar este projeto, é como um desejo finalmente alcançado.

## RECOMENDAÇÕES

- Que houvesse uma continuidade desse trabalho;
- Que durante o período pré-natal, o médico ou o enfermeiro(a), levasse mais a sério os medos e dúvidas da gestante, e um melhor esclareciemtno delas de todo esse período, incluindo o parto.

## B I B L I O G R A F I A

- 1- MARCONDES, EDUARDO, Pediatria Básica, 7a. edição, vol.1 , Savier, São Paulo,1985.



## ANEXO 1 - RELATÓRIO

### PALESTRA

A gestação, o parto e o puerpério vêm sempre envolvidos com muita emoção, fantasias e expectativas. O anúncio de uma nova vida, a chegada de um novo ser no seio da família, exige preparo e cuidados.

#### Cuidados gerais com o recém-nascido:

Medidas higiênicas e cuidado corporal.

Antes da queda do coto umbilical:

A cabeça do bebê pode ser lavada com sabonete neutro e água fervida morna.

Deve-se ter o cuidado para não entrar água no ouvido. A pele deve ser limpa com algodão embebido em óleo (nujol, higiapelle, etc) ou simplesmente com água fervida morna.

Inicialmente, deve ser lavado o rosto, os olhos (de dentro para fora), as narinas e o ouvido, em seguida as pregas do pescoço, tórax e abdome. A limpeza da região genital, anal e pregas cutâneas também deve ser feita de cima para baixo e de frente para trás.

Curativo do coto umbilical:

O coto umbilical leva mais ou menos 7 a 14 dias

para cair. Deve-se mantê-lo sempre seco. O curativo deve ser feito diariamente ( pelo menos 3 vezes ao dia) com merthiolate incolor.

Antes de realizá-lo deve-se lavar bem as mãos.

#### Procedimento:

Pingue algumas gotas de merthiolate sobre o coto até a base.

Após a queda do coto, continuar pingando merthiolate por mais três dias.

#### Após a queda do coto umbilical:

##### Banho:

Após três dias da queda do coto umbilical, já pode ser dado o primeiro banho do bebê. A água deve ser fervida e morna entre 35 e 37°C e, pode ser medida com termômetro ou com o cotovelo mergulhado na banheira.

Segure o bebê ( passe o braço em torno de suas costas, segurando-o por uma das axilas e sustentando a nuca para trás, ou coloque o braço esquerdo ao longo das costas da criança, com as mãos sob as nádegas e sua cabeça apoiada na junção dos cotovelos).

Para você não se atrapalhar, é bom seguir um pequeno roteiro;

- 1 - lave primeiro os olhos do bebê ( do canto interno para o externo).
- 2 - lave o rosto, nariz e ouvidos. Limpe o nariz e ouvidos delicadamente com bolinhas de algodão ou gase.
- 3 - lave os genitais. Pode fazer retração do prepúcio com ó-

leo. Se for menina, lavar entre os grandes e pequenos lábios, usando bolinha de algodão ou gase para cada lado dos lábios da vulva, retirando toda a secreção de frente para trás.

- 4 - colocar a criança na banheira começando pelos pés;
- 5 - começar a lavar da parte superior para a inferior;
- 6 - mudar a posição e lavar a parte posterior;
- 7 - secar a criança;
- 8 - colocar a roupa iniciando pela camiseta.

OBS: não esqueça de dar atenção especial às dobras da pele: pescoço, verilhas, axilas e cotovelos.

Ao enxugar o bebê, não esfregue a toalha, apenas pressione a toalha sobre a pele. Evite correntes de ar.

#### Corte das Unhas:

As unhas do bebê, tanto dos pés quanto das mãos, devem ser cortadas sempre que estiverem grandes, para que ele não se arranhe. Deve ser usado tesourinha de ponta redonda. Se o bebê for muito irrequieto, aproveitar para cortar as unhas quando ele estiver dormindo.

#### Banho de Sol:

O banho de sol é importante, porque transforma a pró-vitamina D em vitamina D, essencial para prevenir o raquitismo.

Iniciar expondo a criança ao sol 2 a 3 minutos de cada lado, entre 8 e 10 horas (este horário concentra maior quantidade de raios ultravioleta). Aumentar o tempo de exposição aos poucos até 10 minutos. A criança deve ficar com pouca roupa (fralda e camiseta sem mangas) ou

preferencialmente sem roupa, quando o clima assim o permitir. O sol deve ser direto(não deve haver vidraça entre o sol e a criança, porque o vidro filtra os raios ultravioleta).

#### Prevenção de Assaduras:

As fraldas devem ser lavadas com sabão neutro (sabão de glicerina), após enxaguar vigorosamente em água corrente e ferver em água pura e limpa.

- Todas as vezes que o bebê urinar ou evacuar, deve-se mudar as fraldas.
- Lavar a região com água morna a cada troca de fraldas.
- Enxugar bem a região, sem esfregar a toalha.
- Não passar talco e óleo sobre a assadura.
- Expôr a área afetada ao sol.

#### Imunização:

A vacina é a única proteção que existe para evitar, entre outras, as seguintes doenças: sarampo, coqueluche (tosse comprida), difteria, tétano. -vacina tríplice, poliomielite ( paralisia infantil) - vacina Salen e tuberculose (doença do pulmão) - vacina BCG.

A vacinação da criança é obrigatória, e se constitui num importante meio de defesa da saúde da mesma.

É da responsabilidade dos pais e dos que a tem sob a sua guarda, procurar os serviços de saúde, para iniciar esquema.

#### Vestuário:

As roupas devem ser usadas de acordo com a tempe

ratura ambiente, evitando-se o excesso ou a falta das mesmas.

O uso de roupa de lã, tecidos sintéticos e engomados devem ser evitados, uma vez que podem provocar reações na pele da criança.

De preferência usar roupas com tecido de algodão.

#### Alimentação da criança:

O leite materno é o principal alimento da criança e deve ser o único nos 6(seis) primeiros meses de vida. O primeiro leite viscoso e amarelado, é chamado colostro.

Mesmo produzido em quantidades pequenas, é riquíssimo por suas propriedades nutritivas e de defesa(anticorpos) altamente concentrados.

Durante as primeiras 48 horas após o parto, pode parecer que o seio não esteja produzindo quantidade suficiente para o bebê.

Não precisa se preocupar, esta pequena quantidade de colostro é suficiente neste período.

No terceiro dia após o parto; começa a produção e ejeção do leite propriamente dito. Não se impressione com a aparência do leite. Qualquer que seja seu aspecto, ele é bom!

Vejamos porque o leite materno é o melhor e o mais puro alimento:

Este leite contém vitaminas, minerais, gordura, açúcar, proteínas, todos apropriados para o organismo do bebê.

Possui mais de 150 substâncias como as nutritivas e as de defesa, que não se encontram no leite de vaca (em pó ou natural) ou de qualquer outro animal.

Só ele tem uma substância especial que ajuda o cérebro a se desenvolver, favorecendo a inteligência da criança no futuro.

Apesar do leite da mãe ser mais transparente e fino, ele é mais forte do que todos os outros leites. O leite materno é um leite vivo, uma verdadeira transfusão de sangue.

A digestão do leite materno é mais fácil, o aproveitamento é melhor. Por isso é que seu bebê mama mais vezes e por mais tempo.

Além de ter as substâncias nutritivas na quantidade e na qualidade certas para o bebê, está sempre na temperatura ideal, não azeda, não traz perigo de o bebê sugar depressa demais e se afogar como acontece com a mamadeira. Também tem a vantagem de não precisar ser comprado.

É o único capaz de proteger o bebê de infecções como: gripe, paralisia infantil, alergia e ainda evita a diarreia que pode causar a desnutrição.

O ato de sugar o peito da mãe, desenvolve a arcada dentária do bebê, por causa da forma e consistência da mama.

Amamentar é também um ato de amor, dar leite é dar carinho, é dar amor.

Nenhum vidro ou plástico (mamadeira) pode substituir esse calor, esse contato íntimo que dá ao bebê se

gurança , tranquilidade e felicidade. Sob o ponto de vista emocional, o carinho e a segurança são muito importantes para a formação da personalidade sadia.

Quando, como e onde amamentar:

Quanto mais cedo após o parto, acontecer a primeira mamada, maior a chance de ser bem sucedida.

O bebê deve ser amamentado todas as vezes que manifestar vontade. Não deverá existir horário rígido e nem fixo. Quem faz o horário é ele, não o relógio.

No início ele solicitará com maior frequência, estabelecendo com o tempo seu próprio ritmo.

Quanto mais tempo o bebê amamentar, melhor: o ideal é até o sexto mês como alimento único, isto é, sem chás, sem sucos, sem sopinhas.

A partir daí , poderão ser incluídos outros alimentos conforme orientação médica.

O bebê deve ser alimentado em ambiente sossegado, de temperatura agradável, com luz moderada.

A mãe pode amamentar deitada, recostada, de pé , ou até andando. A melhor posição é aquela em que os dois (mãe/filho) estiverem confortáveis.

Os dois seios devem ser oferecidos em cada mamada, metade do tempo para cada lado. Na mamada seguinte , oferecer o que deu por último ou então comece pelo que estiver mais cheio.

Introduza na boca do bebê, não só o bico, mas também a aréola, tome cuidado para não deixar que o seio encoste no nariz e impeça a respiração do bebê.

### Consultas Médicas:

A primeira consulta ao pediatra deve ser feita quando o bebê completar quinze dias, posteriormente quando completar um mês e a partir daí, mensalmente.

### Caderneta de Saúde:

A caderneta de saúde recebida na maternidade é de grande importância, pois servirá para registro de todos os fatos relativos à saúde, ao crescimento e desenvolvimento da criança.

Lembre-se que esta deve ser sempre levada às consultas médicas, internações, vacinações, etc., para registro dos dados.

### Cuidados Gerais no Puerpério:

O período pós-parto, também chamado de puerpério ou resguardo, vai desde o nascimento da criança até aproximadamente 40 dias.

É durante estes quarenta dias, que o organismo vai retornando ao seu estado anterior. Logo após o parto a puérpara apresenta:

- perda de sangue(lóquios), que vai diminuindo gradativamente e passando de vermelho vivo para mais claro, até tornar-se amarelado;
- cólicas semelhantes às de menstruação (regras), devido à expulsão de coágulos e sangue do útero;
- diminuição da barriga, pois o útero vai voltando ao normal;
- aumento do tamanho das mamas, pela produção do leite.



### Medidas Higiênicas e Cuidado Corporal:

Os hábitos higiênicos não devem ser alterados , inclusive a lavagem da cabeça. O banho deve ser diário , com água corrente.

Se não tiver chuveiro, deve usar a bacia como a parador de água e lavar-se despejando a água com uma pane linha ou caneca.

O bidê não deve ser usado para "banho de assen - to" porque a contaminação da vagina fica depositada nele, fazendo com que na próxima lavagem a mulher volte a se contaminar.

A higiene íntima deverá ser feita três vezes ao dia, com água corrente e de preferência após as evacua - ções. A cabeça pode ser lavada duas vezes por semana, de preferência em dia de sol, e evitando correntes de ar.

Recomendamos o uso de calcinhas de meia, algodão ou de fazenda, porque podem ser fervidas e passadas a fer ro bem quente. As mesmas, deverão ser expostas ao sol, de - pois de lavadas.

O uso da cinta abdominal, é recomendável durante o puerpério, tanto para pacientes submetidas a parto nor - mal, como para as que realizaram cesárea.

#### Curativos:

Parto Normal- Fazer curativo na vagina apenas utilizando a higiene íntima, usando "forrinho" ( ou modess) bem lim po e passando a ferro bem quente.

Os pontos não precisarão ser retirados, pois caem sozi - nhos.

Cesariana - Os pontos deverão ser retirados aproximadamente no 7º dia pós-operatório, conforme orientação médica. Após deverá ser feito curativo com merthiolate incolor, durante 3 dias.

#### Alimentação:

Existem muitos tabus e fantasias relacionadas à alimentação da mulher que amamenta. A orientação certa é muito simples: coma normalmente, o que você pode, o que você gosta e está acostumada a comer.

O que deve ser evitado é a ingestão de comidas muito condimentadas, fumo, álcool e remédios(antibióticos), pois está comprovado que causa cólica no bebê.

Não há razão para dietas especiais. De um modo geral, é bom que você coma carne( peixe, boi, galinha,etc) , ovos, frutas e saladas verdes.

Não coma demais, tome bastante líquido, de preferência leite, água ou chá (erva doce que facilita na produção do leite).

A mulher que amamenta tem muita sede, porque a fabricação do leite tira água do seu organismo.

#### Exercício e Atividades Físicas:

Fazer exercícios é bom, mas no início devem ser moderados, limitando-se a caminhadas ao ar livre diariamente.

Deve-se evitar pegar peso(baldes com roupa, abrir gavetas grandes, etc).

O descanso é muito importante: procure cochilar ou dormir duas a três vezes ao dia; uma hora por vez.

Procure deixar o berço do bebê bem junto a sua cama. Evite a fadiga.

#### Atividade Sexual:

Iniciar a atividade sexual assim que estiver em condições, tendo em vista a cicatrização da episiotomia, presença e aspecto de lóquios.

#### Retorno à consulta médica:

Aos 30 dias após o parto (final do resguardo), a mulher deve procurar o ginecologista para fazer uma revisão geral e receber orientação sobre o método anti-concepcional a ser adotado. Em caso de complicações como: corrimento vaginal com odor fétido, sangramento intenso, inflamação, febre, problemas com os pontos, dor e vermelhidão nos seios, deverá procurar imediatamente o médico.

#### Cuidados com os seios durante a amamentação:

O sucesso da amamentação depende de alguns cuidados, dos quais citamos:

- não usar sabonete, álcool, ou água boricada nos bicos dos seios;
- expor o mamilo ao sol (topless);
- antes das 10 horas e depois das 16 horas, sempre que possível;
- lavar bem as mãos antes das mamadas;
- deixar o ambiente secar os mamilos, após as mamadas;
- o bebê deve ser colocado ao peito logo após o parto;

- evitar o uso de pomadas e bicos protetores;
- usar sutiã com boa sustentação (alças curtas);
- alternar os dois seios durante as mamadas;
- após as mamadas, tirar sempre o excesso de leite, através de massagens e bomba manual;
- não administrar líquidos ao bebê nos intervalos das mamadas (chá, água e sucos);
- para tirar o bebê do seio, coloque seu dedo mínimo no canto da boca do bebê e aperte levemente.

#### Problemas de Amamentação:

Nos primeiros dias após o parto( do 1º ao 15º dia aproximadamente), quando o processo de amamentação e o ritmo das mamadas se estabelece, surgem alguns problemas que podem ser solucionados com medidas simples.

Este período requer paciência, firmeza e, acima de tudo, persistência e boa vontade.

A seguir, alguns dos problemas mais frequentes que podem ocorrer, e como podemos resolvê-los:

#### Mamilos doloridos e fissuras:

- Expor os mamilos ao sol por períodos curtos ( no máximo 15 minutos) no horário compreendido entre 8 e 10 horas da manhã. Na ausência deste, pode ser usado a lâmpada com raio infra vermelho.
- Oferecer o seio ao bebê com a aréola macia;
- Durante a mamada, introduzir na hora do bebê, não só o bico, mas também a aréola.
- Em caso de engurgitamento mamário, esvaziar previamente

- o seio(região areolar) através da expressão manual e completar o esvaziamento após a mamada.
- Durante a mamada evitar que o bebê fique mastigando o bico ou sugando, sem engolir durante muito tempo.
  - Alternar os seios durante as mamadas e diminuir o tempo de duração das mesmas, especialmente nos primeiros dias.
  - Procurar amamentar o bebê em posição confortável;
  - Observar o procedimento correto para retirar o bebê do seio;
  - Após as mamadas,deixar os mamilos secarem ao ar ambiente ou através da utilização de secador de cabelo;
  - Evitar higiene excessiva no mamilo;
  - Não utilizar sabonete e/ou sabão para lavar os seios;
  - Evitar o uso de lubrificantes, pomadas, soluções alcóolicas ou outros medicamentos tóxicos na região mamilo areolar;
  - Evitar o uso de bomba de sucção (manual ou elétrica)especialmente,nos primeiros 10(dez) dias de puerpério.

#### Seio Empedrado:

- Antes das mamadas, faça massagens no seio, e aplique calor (compressa ou bolsa de água quente);
- Para facilitar a saída do leite, sugerimos o uso de syntocimon spray 3 a 4 minutos antes das mamadas;
- Retire o excesso de leite após as mamadas ;
- Use o sutiã com alças curtas.

### Mastite:

A mãe apresenta alguns sintomas fáceis de reconhecer: dor local, febre e calafrios.

O seio empedrado fica quente, vermelho, dolorido, e pode sair pus.

### Como proceder:

- procure seu médico, que indicará um antibiótico a ser tomado durante poucos dias;
- aplique compressas quentes e úmidas sobre o seio;
- deixe o bebê mamar no seio afetado o mais frequentemente possível.

OBS: não permita que sequem seu leite por causa da mastite.

A quantidade do meu leite não atende as necessidades do bebê:

A quantidade de leite produzido varia nas 24 horas e de um dia para o outro, podendo haver diminuição temporária do mesmo.

Algumas medidas podem ser tomadas a fim de resolver o problema:

- tome mais líquido: (chá de erva-doce, sopas, sucos, água, etc);
- procure repousar mais. O "stress" e cansaço físico, interferem na produção do leite;
- não ceda à tentação de dar mamadeira (ela acaba com seu leite);
- dê mamadas curtas e mais frequentes (quanto mais a criança suga, mais leite é produzido);
- procure alimentar-se bem.